

# PEDIDO DE IMPLANTES

Clínica: FR-Fragoso  
 Paciente: Ana Isabel Rodriguez  
 Historia: 16023  
 Fecha Solicitud:   
 Fecha Cirugía:   
 Doctor/-a: Daniele

04114

1h.40'

A CUMPLIMENTAR POR DOCTOR/-A

I M P L A N T E S  S O L I C I T A D O S	CONEXIÓN EXTERNA			CONEXIÓN INTERNA				
	CÓD.	PRINCIPAL	RESERVA	DEVOLUCIÓN	CÓD.	PRINCIPAL	RESERVA	DEVOLUCIÓN
					SH-ZT-425-085	(1)		
					SH-ZT-425-100	(3)		
					* 36 veremos si se puede colocar postero o no.			
	TOTALES				TOTALES			


Relleno óseo  
1 (1g.)

Miniclavos

Membrana Tej. Conectivo

Rascador óseo

FIRMA DOCTOR



A CUMPLIMENTAR POR ENCARGADA DE IMPLANTES

Capuchones Conexión EXTERNA	Firma Solicitud	Capuchones Conexión INTERNA