

RN14762

PEDIDO DE IMPLANTES

Centros Höllenback Dentales

Clínica _____
 Paciente Isabel Jacobo Vega
 Historia _____
 Fecha Solicitud 2012
 Fecha Cirugía _____
 Doctor/a Vega

IOI 36y 47 (60')

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
					4'25 x 10	→		2
					3'8 x 10	→		2
					+ 2 topones cicatrización			
	TOTALES				TOTALES			4

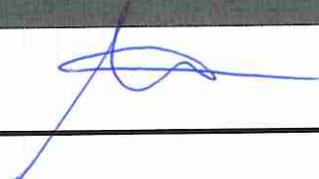
Relleno óseo

Miniclavos

Membrana Tej. Conectivo

Rascador óseo

FIRMA DOCTOR



A CUMPLIMENTAR POR ENCARGADA DE IMPLANTES

Capuchones Conexión EXTERNA	Firma Solicitud	Capuchones Conexión INTERNA