

Declaración conformidad N° N°

Entrada laboratorio

Salida de clínica

Entrega en clínica Hora

Clínica / Dr. / Dra.

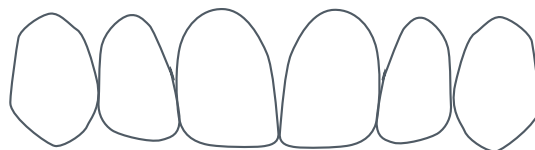
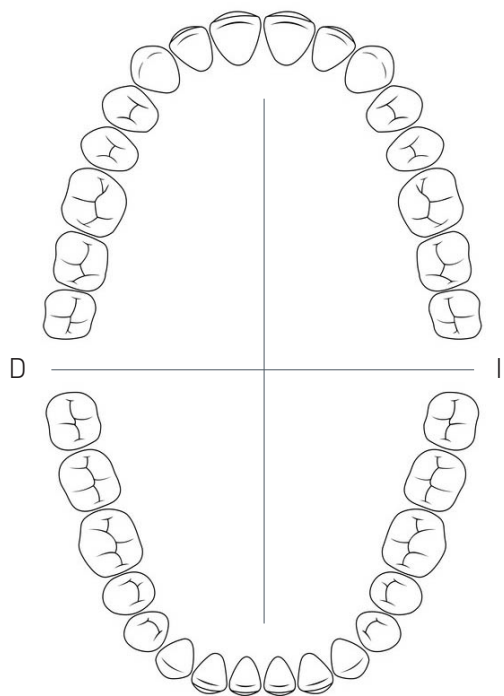
Domicilio: Teléfono:

Paciente: Edad:

Cubetas	Modelos	Ceras	Transfer	Análogos	Calcinables	Tornillos	
☐ Sup.	☐ Sup.	☐	☐	☐	☐	☐	☐ Mesa Transferencia
☐ Inf.	☐ Inf.	☐	☐	☐	☐	☐	☐ Arco Facial
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Tipología

Color



Descripción tipo prótesis:

Instrucciones: