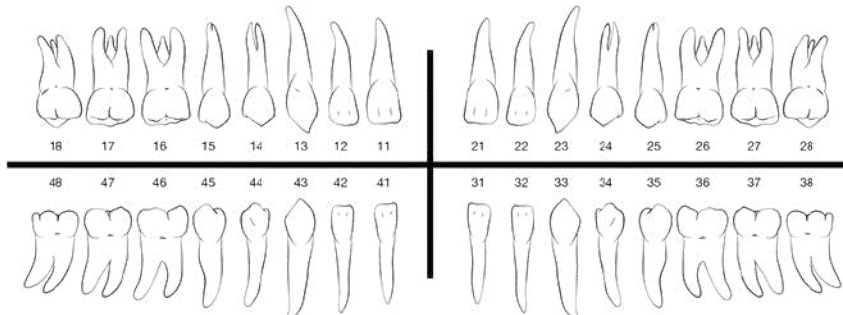


IMPLANTE SUBPERIÓSTICO A MEDIDA

Doctor prescriptor	
Nº Colegiado	
ID del paciente	
Teléfono de contacto	
Correo electrónico	
Dirección de entrega	

TIPO DE IMPLANTE SUBPERIÓSTICO

- COMPLETO SUPERIOR
- COMPLETO INFERIOR
- PARCIAL SUPERIOR: indicar piezas dentales. De ____ a ____
- PARCIAL INFERIOR: indicar piezas dentales. De ____ a ____



- SOLICITAMOS GUÍA DE POSICIONAMIENTO
- SOLICITAMOS PRÓTESIS PROVISIONAL DE PMMA.
indicar color: (Ej. A3) ____
- Solicitamos encía maquillada rosa.

