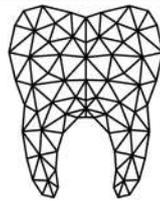


Caso nº \_\_\_\_\_ (  Terminado  Prueba de Metal  Rehacer )

Doctor/a: \_\_\_\_\_ Fecha entrada: \_\_\_\_\_ Fecha salida: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_ Sexo:  Hombre  Mujer Edad: \_\_\_\_\_

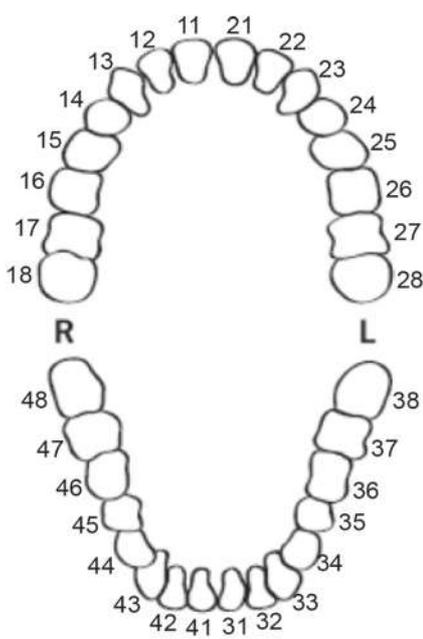
Dirección de envío/Clínica: \_\_\_\_\_



Calle Santa  
Genoveva Torres  
26 Bajo 6  
46019 Valencia  
Tlf.: 622 863 915

**ArtechLab**  
LABORATORIO DE PROTESIS DENTALES

■ **ORTODONCIA** ■

INCLUIDO CON EL CASO	
Impresión <input type="checkbox"/>	
Modelo <input type="checkbox"/>	
Mordida <input type="checkbox"/>	
Otros <input type="checkbox"/> : _____	

**NOTAS / INSTRUCCIONES / TIPO DE APARATOLOGÍA**

Empty space for notes, instructions, or type of orthodontology.