

Caso nº _____ (Terminado Prueba de Metal Rehacer)

Doctor/a: _____ Fecha entrada: _____ Fecha salida: _____

Paciente: _____ Sexo: Hombre Mujer Edad: _____

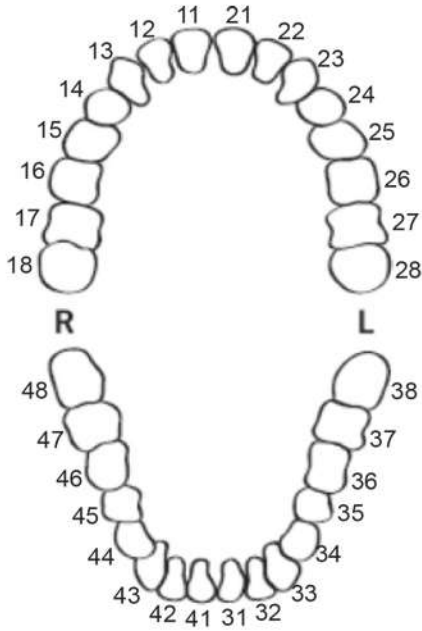
Dirección de envío/Clinica: _____



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.