

PRESCRIPCION DE TRABAJO

Nº



Laboratorio de Prótesis Dental
Pablo A. Gálvez Zayas
Serradilla 26 D 28044 Madrid
Telf: 915324891- 630098419
www.pablogalvezdental.com

Fecha

Clinica Dr/a

Color.....Guia.....

Paciente.....

TRABAJO A REALIZAR

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

<u>Proximas citas</u>	Día.	Hora	Para prótesis sobre implantes indíquenos:
Cubetas	Marca y medidas implante.....
P. Articulación.	
P. de dientes	Si envía aditamentos indique:
P. De metal.	Numero de Réplicas.....
Bizcocho	Numero de Tornillos.....
Terminación	Otros.....
Compostura	

Conservar hasta finalizar el trabajo.