

CLÍNICA		DOCTOR		PACIENTE		
TEXTURA:	SUAVE <input type="checkbox"/>	MEDIA <input type="checkbox"/>	FUERTE <input type="checkbox"/>	COLOR	TIPO ▾ ○ □	N.º HISTORIA
BRILLO:	BAJO <input type="checkbox"/>	MEDIO <input type="checkbox"/>	ALTO <input type="checkbox"/>			
TRABAJO A REALIZAR / OBSERVACIONES GENERALES						
MARCA DE IMPLANTES, DIÁMETROS Y/O PLATAFORMAS <input type="checkbox"/> SINTERIZADO <input type="checkbox"/> SINTERIZADO POSTMECANIZADO <input type="checkbox"/> ESTRUCTURA A INTERFASE O PILAR <input type="checkbox"/> MECANIZADO						

1º PRUEBA , REALIZAR: ALGINATO <input type="checkbox"/> SILICONA <input type="checkbox"/> ARRASTRE <input type="checkbox"/> CERAS <input type="checkbox"/>	FECHA ENVIO
	FECHA ENTREGA
	REALIZADO EN CLÍNICA POR

2º PRUEBA , REALIZAR: ALGINATO <input type="checkbox"/> SILICONA <input type="checkbox"/> ARRASTRE <input type="checkbox"/> CERAS <input type="checkbox"/>	FECHA ENVIO
	FECHA ENTREGA
	REALIZADO EN CLÍNICA POR

3º PRUEBA , REALIZAR: ALGINATO <input type="checkbox"/> SILICONA <input type="checkbox"/> ARRASTRE <input type="checkbox"/> CERAS <input type="checkbox"/>	FECHA ENVIO
	FECHA ENTREGA
	REALIZADO EN CLÍNICA POR

4º PRUEBA , REALIZAR: ALGINATO <input type="checkbox"/> SILICONA <input type="checkbox"/> ARRASTRE <input type="checkbox"/> CERAS <input type="checkbox"/>	FECHA ENVIO
	FECHA ENTREGA
	REALIZADO EN CLÍNICA POR

5º PRUEBA , REALIZAR: ALGINATO <input type="checkbox"/> SILICONA <input type="checkbox"/> ARRASTRE <input type="checkbox"/> CERAS <input type="checkbox"/>	FECHA ENVIO
	FECHA ENTREGA
	REALIZADO EN CLÍNICA POR

MATERIAL IMPLANTES APORTADO	1º PRUEBA	2º PRUEBA	3º PRUEBA	4º PRUEBA	5º PRUEBA
CLÍNICA					
LABORATORIO					