

**Ficha de trabajo**

**Fecha**                    /    /  
**Clínica**  
**Paciente**

**Dr./a**  
**N.Col**

**Tipo de trabajo**

Fija	<input type="checkbox"/>
Removible	<input type="checkbox"/>
Implantes	<input type="checkbox"/>
Combinada	<input type="checkbox"/>

**Material**

	<i>Monolítico</i>	<b>Color</b>
Zirconio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Disilicato/Enamic		<input type="text"/>
Metal-Cerámica		
Provisionales		
PMMA		
Metal-Compo		<input type="checkbox"/>

**Fase de trabajo**

Pba plástico	<input type="checkbox"/>
Pba metal	<input type="checkbox"/>
Pba Bizcocho	<input type="checkbox"/>
Acabado	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>

**Fecha**

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

**Implantes**

Directo a implante	<input type="checkbox"/>
Interfases	<input type="checkbox"/>
Tornillos	<input type="checkbox"/>
Replicas	<input type="checkbox"/>

**Marca**

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	

**NOTAS**