

NUMERO

FECHA

CLINICA, DR(A):

PACIENTE:

CLASE DE TRABAJO:

COLOR:

GUIA:



(5) 304 88 38



311 7024851



ldjairodonado@gmail.com



calle 85 # 43- 46 Barrio Granadillo

/jairo donado



@donado_labdental

ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DEL LABORATORIO

CAJA

NUMERO



DONADO

LABORATORIO DENTAL

Arte y experiencia

FECHA DE INGRESO

NOMBRE DR(A): _____ CEL DR(A): _____

NO. REGISTRO DR(A).SEC. DE SALUD: _____

FACTURA A: _____ NIT Ó CC: _____

CEL CONSULTORIO: _____ TELEFONO FIJO: _____

EMAIL: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

GÉNERO: _____

TIPO DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: C.C ☐ T.I ☐ C.E ☐ OTRO ☐ NO: _____

NO. HISTORIA CLÍNICA: _____

TIPO DE DMSMB: PROTESIS FIJA ☐ PROTESIS TOTAL ☐ PROTESIS PARCIAL ☐

ORTODONCIA ☐ ORTESIS ☐ OTRO: _____

TRABAJO SOBRE IMPLANTE: ☐

FECHA DE ENTREGA DEL DMSMB: _____

TIPO DE SERVICIO: ELABORACIÓN ☐ REPARACIÓN ☐

TOMA DE COLOR DESDE LA IMPRESIÓN

COLOR:

GUIA:

FECHA Y HORA DE
(PRUEBA DE RESINA):

FECHA Y HORA DE
TERMINADO:

FECHA Y HORA DE
(PRUEBA 2) :

AUTORIZO REALIZAR LO SIGUIENTE: _____

NOTA: _____

FIRMA DR(A)

SIN FIRMA DEL DR(A) NO SE INICIARÁ NINGUN TRABAJO

CONTROL DE CALIDAD

REALIZADO POR: _____

FECHA Y FIN : _____

[illegible]