



Artes Dentales

Laboratorio Dental

Fecha:

No:

Doctor(a):

Paciente:

Clase de trabajo:

Superior:

Clase de trabajo:

Inferior:



Artes Dentales

Laboratorio Dental

Nit: 90113674-7

Tel: 3453339 - 3580896 - 3008020593

Correo: artesdentalessas@gmail.com

Dirección: Cra 42F No 75B - 124

Piso 2 - local 2



Fecha:

No:

Doctor(a):

Reg.
Medico

Dirección:

Telefono:

Paciente:

Cedula :

No. de historia
clinica

Clase de trabajo:

Superior:

Clase de trabajo:

Inferior:

Observaciones:

NOTA: La prescripción del dispositivo médico sobre medida bucal vence en seis (6) meses. Una vez transcurrido este tiempo, y al no haber concluido el trabajo, es necesario una nueva valoración del paciente lo cual determinará iniciar nuevamente el proceso de fabricación.

Fecha de
entrega:

Firma: