



# Implanet

Tu Sonrisa, Nuestra Especialidad

## AUTORIZACIÓN DE TOMA DE COLOR, TAMAÑO O FORMA

Yo, \_\_\_\_\_ R.U.T \_\_\_\_\_, he comprendido todas las explicaciones que se me han facilitado en lenguaje claro y sencillo acerca de las características del trabajo solicitado según el detalle señalado a continuación. En tal sentido, cualquier cambio de color, tamaño o forma, de mi prótesis fija o removible será cancelado por mí de acuerdo con la boleta emitida por Clínicas Implanet.

Prótesis: Fija: \_\_\_\_\_ Removible: \_\_\_\_\_  
Carilla: \_\_\_\_\_

Tipo	N° de Piezas	Firma del Paciente Aprobación
Color		
Tamaño		
Forma		

### PARA USO INTERNO DEL LABORATORIO:

<b>Nombre del Especialista:</b>		<b>Nombre del Ceramista Laboratorio</b>	
R.U.T:		R.U.T	
Firma:		Firma	
Fecha:		Fecha:	

Jefe del Laboratorio: \_\_\_\_\_  
Firma