Ministerio de Salud Pública.
Estomatología.

Registro de Pacientes atendidos en el Laboratorio de Prótesis BMF.

Fecha:

D	M	A

Nombre: Lic. o Técnico: _____

No.	H.CLINICA	No. CAJA	FECHA ENTRADA	FECHA SALIDA	TIPO DE PROTESIS													
					TOTAL ACRILICA	PARCIAL ACRILICA	P.P.R.	OCULAR	OCULO-PALPEBRAL	AURICULAR	NASAL	CRANEAL	MANDIBULAR	MAXILAR	CON IMPLANTE	REBASE OCULAR	OTRAS	TOTAL
1.																		
2.																		
3.																		
4.																		
5.																		
6.																		
7.																		
8.																		
9.																		
10.																		
11.																		
12.																		
13.																		
14.																		
15.																		

No.	H.CLINICA	No. CAJA	FECHA ENTRADA	FECHA SALIDA	TIPO DE PROTESIS													
					TOTAL ACRILICA	PARCIAL ACRILICA	P.P.R.	OCULAR	OCULO-PALPEBRAL	AURICULAR	NASAL	CRANEAL	MANDIBULAR	MAXILAR	CON IMPLANTE	REBASE OCULAR	OTRAS	TOTAL
16.																		
17.																		
18.																		
19.																		
20.																		
21.																		
22.																		
23.																		
24.																		
25.																		
26.																		
27.																		
28.																		
29.																		
30.																		
31.																		