

**HISTORIA CLÍNICA**  
**IMPLANTE ODONTOLÓGICO**

CORDOBA,.....

PACIENTE: .....

DNI: .....

NUMERO DE AFILIADO:.....

EDAD DEL PACIENTE:.....

FECHA DE CIRUGÍA: .....

ELEMENTOS IMPLANTADOS: .....

DIAGNOSTICO-ESTADO ÓSEO-TORQUE DE  
IMPLANTE:.....

.....  
.....

RESUMEN DE ACTO

QUIRÚRGICO:.....

.....  
.....

OBSERVACIONES: .....

---

FIRMA DEL IMPLANTOLOGO  
MP.....

**SE ADJUNTAN RADIOGRAFÍA PRE Y POST IMPLANTE; COPIA DE  
STICKERS**