

## INFORMACIÓN DE PACIENTE

Apellido:

Nombre:

La dirección:

Teléfono:

Fecha de nacimiento:

E-mail:

Nota:



Su dentista es un socio GDT, marca introducida en más de 100 países alrededor del mundo. GDT tiene una reputación mundial de esfuerzo en busca de Excelencia, lo que garantiza un alto grado de confianza en cada nuevo producto desarrollado. Los productos GDT cumplen con todas las normas de calidad (ISO 9001: 2008, ISO 13458 : 2003).

GDT Implants  
Yitzhak Ben Zvi 9/64  
Beer Sheva, Israel

Atención al cliente:  
info@gdt-implants.com  
gdt-implants.com  
1.800.390.1105

## PASAPORTE DE IMPLANTE



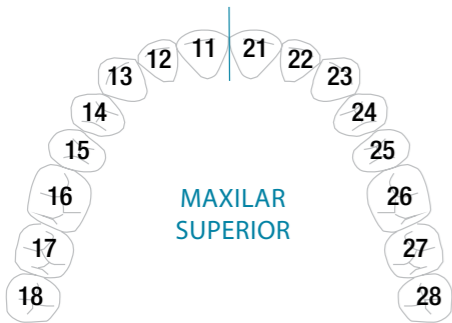
## PACIENTE

Estimado paciente,  
Su dentista de confianza ha terminado un procedimiento de implantología para restaurar la función y estética de su sonrisa.  
El pasaporte usado para anotar información importante sobre su rehabilitación y es su garantía del equipo de implantes sobre el tipo y calidad de los componentes usados.  
Este certificado le permite tener registro en caso de ser necesario para un futuro tratamiento o alguna situación inesperada. Su dentista tendrá acceso a toda la información necesaria.  
Su mantención va a depender en parte del cuidado que usted le brinde y de la información contenida en este documento. Siga los consejos de su dentista.  
Por favor rellene su información personal a continuación y traiga esta a todas las siguientes visitas.

Sinceramente su Equipo GDT.

Para información más detallada visite el sitio web [gdt-implants.com](http://gdt-implants.com)

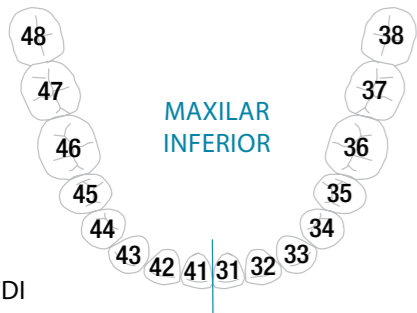
# POSICIÓN DE IMPLANTES



DX SX

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

DX SX



Sistema FDI

# IDENTIFICACIÓN DE IMPLANTES

Fecha: .....

Nº Diente: [Etiqueta de identificación](#)

Observación: .....

Fecha: .....

Nº Diente: [Etiqueta de identificación](#)

Observación: .....

Fecha: .....

Nº Diente: [Etiqueta de identificación](#)

Observación: .....

Fecha: .....

Nº Diente: [Etiqueta de identificación](#)

Observación: .....

# IDENTIFICACIÓN DE IMPLANTES

Fecha: .....

Nº Diente: [Etiqueta de identificación](#)

Observación: .....

Fecha: .....

Nº Diente: [Etiqueta de identificación](#)

Observación: .....

Fecha: .....

Nº Diente: [Etiqueta de identificación](#)

Observación: .....

Fecha: .....

Nº Diente: [Etiqueta de identificación](#)

Observación: .....

# IDENTIFICACIÓN DE IMPLANTES

Fecha: .....

Nº Diente: [Etiqueta de identificación](#)

Observación: .....

Fecha: .....

Nº Diente: [Etiqueta de identificación](#)

Observación: .....

Fecha: .....

Nº Diente: [Etiqueta de identificación](#)

Observación: .....

Fecha: .....

Nº Diente: [Etiqueta de identificación](#)

Observación: .....