

**FORMULARIO DE GARANTÍA  
IMPLANTES**

La garantía de los implantes dentales cubre casos donde no se ha obtenido la oseo-integración o se ha manifestado algún defecto de fabricación, no incluyendo por lo tanto, **la utilización y/o manipulación inadecuada del producto**. Si considera que el caso reúne las condiciones para ser beneficiado con el programa de garantía, el reclamo deberá **realizarse mediante el llenado del presente formulario, adjuntando al mismo la radiografía e implante esterilizado**. Al llenar el formulario de garantía intente colocar la mayor cantidad de detalles sobre la ocurrencia que sea posible, ya que esto permitirá un análisis más eficiente y preciso del producto, agilizará el proceso de respuesta y nos ayudará a mejorar para brindarle cada vez mejores productos y servicios.

**Datos del Odontólogo**

Nombre y apellido:..... Atendido por:.....  
Teléfono..... E-mail.....

**Datos del producto**

Item	Producto	Medida	Lote	Sticker
1				Adhiera aquí el sticker del implante
2				
3				
4				

**Datos del paciente**

Edad:..... Género:..... Deficiencia de Coagulación.....  
Higiene Oral:..... Uso excesivo de alcohol / drogas:.....  
Tabaquismo:..... Deficiencia inmunológica:.....  
Otras dolencias:.....  
Medicamentos:.....

**Datos sobre la cirugía**

1. Se presentó algún inconveniente al manipular el packaging, el implante o el transportador?  
.....
- 2.Cuál era la calidad ósea? ..... 3. Ultima fresa Utilizada:..... 4. Realizó post- extracción?.....  
5. Existía alguna infección local?..... 6. Logró estabilidad inicial?.....  
7. Quedaron espiras expuestas?..... 8. Se realizó injerto óseo en la zona?.....  
9. Realizó carga inmediata?..... 10. Se realizaron los controles?.....

**Causa de la perdida del implante**

1. Se consiguió la óseo-integración?.....  
2. Hubo algún trauma, golpe o accidente?.....  
3. Perimplantitis?..... 4. Sobrecarga?.....  
5. Otras circunstancias que pudieran haber influido?.....  
.....

**Síntomas y comentarios sobre la pérdida del implante**

.....  
.....

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Odontólogo

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Fecha