



Fecha: \_\_\_\_\_

Dr.: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo: \_\_\_\_\_ Clínica: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Entrega \_\_\_\_\_

TIPO DE TRABAJO: Unitaria:  Múltiple:  Prótesis Removible:  Guía Qx:  Plano Relajación:

CONFECCION: Monolítica:  Estratificada:

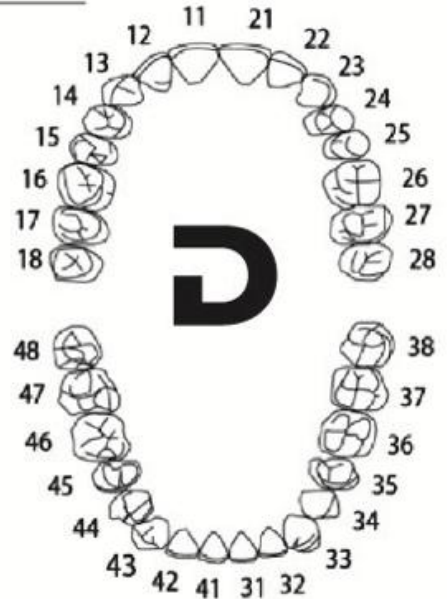
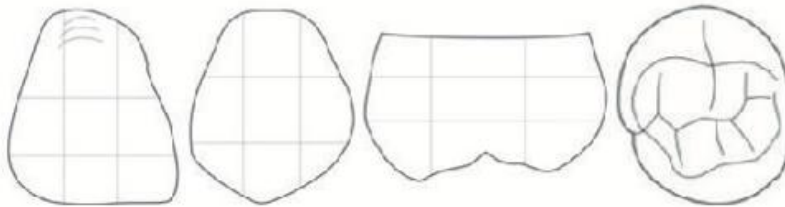
TIPO DE SUSTRATO: Metálico:  Vital:  Composite:  Color del Sustrato: \_\_\_\_\_

IMPLANTE: NO:  SI:  MARCA: \_\_\_\_\_

TIPO DE MATERIAL:

<input type="checkbox"/>	Disilicado de litio
<input type="checkbox"/>	Feldespato
<input type="checkbox"/>	Zirconio
<input type="checkbox"/>	Resina
<input type="checkbox"/>	PMMA
<input type="checkbox"/>	Otro _____

GUIA DE COLOR:



MATERIAL ENVIADO:

<input type="checkbox"/>	Fotografías/Video	<input type="checkbox"/>	Encerado
<input type="checkbox"/>	Impresión	<input type="checkbox"/>	Articulador
<input type="checkbox"/>	Antagonista	<input type="checkbox"/>	Análogo
<input type="checkbox"/>	Modelo de Trabajo	<input type="checkbox"/>	Transfer de Impresión
<input type="checkbox"/>	Registro de Mordida	<input type="checkbox"/>	Pilar protésico

ENVIAR A : Prueba de estructura:  Prueba estética:  Terminado:

OBSERVACIONES ADICIONALES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

