

CLÍNICA

DR/DRA

COLEGIADO

PACIENTE

EDAD

SEXO

FECHA

**ENVÍO DE MODELOS O MEDIDAS**

ANALÓGICO

DIGITAL (Marca del Scanner)

**TIPO DE PRÓTESIS**

PROVISIONALES

ENCERADO

CORONAS / PUENTES

CARILLAS

INCRUSTACIONES

FÉRULAS

SOBREDENTADURA

OTRO

**MATERIAL**

ZIRCONIO

DISILICATO / FELDESPATO

METAL-CERAMICA

COMPOSITE / NANOHIRBRIDO

RESINA / PMMA

OTRO

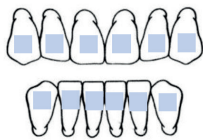
**IMPLANTES**

IMPLANTES: MARCA Y CONEXIÓN

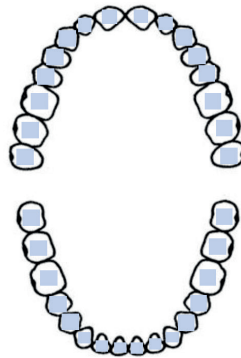
SCAN BODY: MARCA Y CÓDIGO

**ADITAMENTOS QUE SE ADJUNTAN**

**ODONTOGRAMA Y COLOR**



PIEZAS



COLOR

GUÍA

TERCIO CERVICAL

TERCIO MEDIO

TERCIO INCISAL



**PRUEBA QUE SE SOLICITA**

OBSERVACIONES:

FECHA CITA

HORA

OBSERVACIONES *(continuación)*:

FECHA CITA

HORA