

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 / NANOHIBRIDO

☐

RESINA / PMMA

☐

OTRO

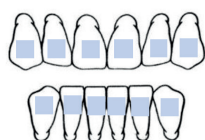
IMPLANTES

IMPLANTES: MARCA Y CONEXIÓN

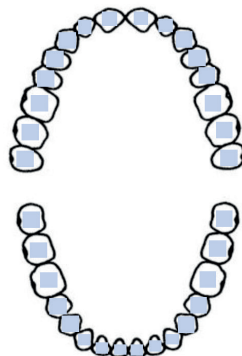
SCAN BODY: MARCA Y CÓDIGO

ADITAMENTOS QUE SE ADJUNTAN

ODONTOGRAMA Y COLOR



PIEZAS



COLOR

GUÍA

TERCIO CERVICAL

TERCIO MEDIO

TERCIO INCISAL



PRUEBA QUE SE SOLICITA

FECHA CITA

HORA

OBSERVACIONES

FECHA CITA

HORA