

Fecha _____ Hora _____

Clínica _____ Dr./Dra. _____

Paciente _____ Edad _____ Sexo _____

TIPO DE PRÓTESIS

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> METAL-CERÁMICA | <input type="radio"/> DISILICATO MONOLÍTICO | <input type="radio"/> INCRUST./ DISIL. |
| <input type="radio"/> FULL ZIRCONIO | <input type="radio"/> PROVI. PMMA | <input type="radio"/> CARILLAS |
| <input type="radio"/> ZIRCONIO ESTRATIFICADO | <input type="radio"/> DISILICATO ESTRATIFICADO | <input type="radio"/> COMPOSITE |
| _____ | <input type="radio"/> _____ | <input type="radio"/> _____ |

PRUEBAS

- | | | |
|---|-------------|------------|
| <input type="radio"/> PBA. VERIFICACIÓN | Fecha _____ | Hora _____ |
| <input type="radio"/> PBA. METAL | Fecha _____ | Hora _____ |
| <input type="radio"/> PBA. BIZCOCHO | Fecha _____ | Hora _____ |
| _____ | Fecha _____ | Hora _____ |
| _____ | Fecha _____ | Hora _____ |
| _____ | Fecha _____ | Hora _____ |
| ACABADO | Fecha _____ | Hora _____ |

ODONTOGRAMA (Marcar unitaria o ferulizadas) EXO-E INTERMEDIA-I PILAR-P

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

Unitarias _____

Ferulizadas _____

COLOR

- GUÍA VITA _____ LABORATORIO _____ FOTO (email) _____

OBSERVACIONES