

Caso nº _____ (Terminado Prueba de Metal Rehacer)

Doctor/a: _____ Fecha entrada _____ Fecha salida _____

Paciente: _____ Sexo Hombre Mujer Edad _____

Dirección de envío/Clínica: _____



Calle Santa Genoveva Torres
26 Bajo 6
46019 Valencia
Tlf.: 622 863 915

ArtechLab
LABORATORIO DE PROTESIS DENTALES

■ RESTAURACIONES FIJAS ■

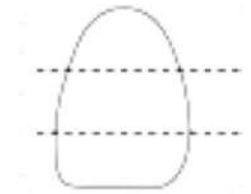
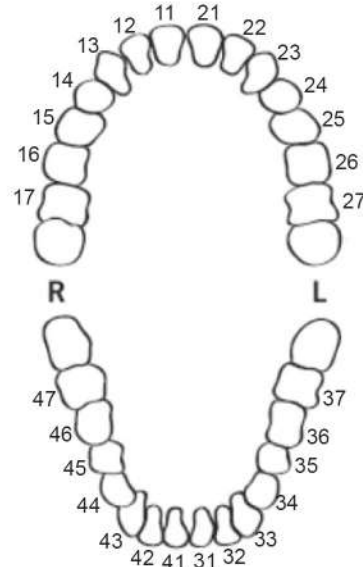
RESTAURACIONES

- METAL - CERÁMICA
- ZIRCONIO MONOLÍTICO
- ZIRCONIO CERÁMICO
- CORONA E-MAX
- CARILLA DISILICATO DE LITIO
- INLAY / ONLAY E-MAX
- BARRA HÍBRIDA

METALES

- No Precioso (Libre de Ni) Semiprecioso (Noble)
- Noble Alto Blanco (40% Au) Noble Alto Blanco (52% Au)
- Noble Alto Amarillo (75% Au) Noble Alto Amarillo (87% Au)
- Titanio (CAD/CAM)

DIENTES, COLOR Y COLORACIÓN



- Coloración Oclusal
- Ninguno Claro
 - Medio Oscuro

NOTAS

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS (*Diseño estándar si nada está marcado)

- | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|--|---|--|
| DISEÑO DE ESTRUCTURA METÁLICA | <input type="checkbox"/> Cobertura total de cerámica (cerámica-zirconio) | <input type="checkbox"/> Collar lingual (metal-cerámica) | <input type="checkbox"/> Metal oclusal sin cúspide bucal | <input type="checkbox"/> Metal oclusal con cúspide | <input type="checkbox"/> Metal lingual anterior | <input type="checkbox"/> Botón lingual |
|--------------------------------------|--|--|--|--|---|--|

- | | | |
|---|--|---|
| Diseño margen bucal | Contacto oclusal | Si no hay espacio oclusal |
| <input type="checkbox"/> Collar en bucal (0.5 *o ___mm) | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sin oclusión | <input type="checkbox"/> Hacer una isla metálica <input type="checkbox"/> Reducir el opuesto y marcar |
| <input type="checkbox"/> Margen cerámico 180° | <input type="checkbox"/> Oclusión suave <input type="checkbox"/> Oclusión fuerte | <input type="checkbox"/> Hacer oclusión metálica <input type="checkbox"/> Pulir / Recortar el pilar y hacer |
| <input type="checkbox"/> Margen cerámico 360° | | <input type="checkbox"/> Pulir el pilar y hacer reducción de coping |

- | | | |
|---|---|---|
| Área de contacto | Contactos interproximales | Abertura gingival |
| <input type="checkbox"/> Ancho <input type="checkbox"/> Punto | <input type="checkbox"/> Suave <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Fuerte | <input type="checkbox"/> Cerrado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abierto |

- | | | | | | |
|--------------------------|--|---|--|------------------------------------|---------------------------------|
| Diseño del pónico | <input type="checkbox"/> En silla de montar modificada | <input type="checkbox"/> En silla de montar | <input type="checkbox"/> Forma de bala | <input type="checkbox"/> Higiénico | <input type="checkbox"/> Ovoide |
|--------------------------|--|---|--|------------------------------------|---------------------------------|

INCLUIDO CON EL CASO

- | | | | | | |
|--|---------------------------------------|---|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Impresión _____ | <input type="checkbox"/> Modelo _____ | <input type="checkbox"/> Mordida _____ | <input type="checkbox"/> Modelado _____ | <input type="checkbox"/> Articulador _____ | <input type="checkbox"/> Corona _____ |
| <input type="checkbox"/> Análogo _____ | <input type="checkbox"/> Pilar _____ | <input type="checkbox"/> Parte del implante _____ | <input type="checkbox"/> Tornillo _____ | <input type="checkbox"/> Foto _____ | <input type="checkbox"/> Otros _____ |

Por favor, revisen la tabla de precios vigente de este año para verificar los precios correspondientes para cada trabajo