



■ PRÓTESIS REMOVIBLE ■

Caso nº _____ Fecha entrada: _____

Doctor/a: _____ Fecha salida: _____

Paciente: _____ Sexo: Hombre / Mujer Edad: _____

Dirección de envío/Clínica: _____

INCLUIDO EN EL CASO

- | | | | |
|---|--------------------------------------|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Impresión (es) | <input type="checkbox"/> Modelo | <input type="checkbox"/> Mordida | <input type="checkbox"/> Cera |
| <input type="checkbox"/> Corona | <input type="checkbox"/> Articulador | <input type="checkbox"/> Cofia de Impresión | <input type="checkbox"/> Análogo |
| <input type="checkbox"/> Foto | <input type="checkbox"/> Pilar | <input type="checkbox"/> Tornillo | <input type="checkbox"/> Otro |

SELECCIÓN DE FASE Superior Inferior

- Prueba de metal Prueba de rodetes de mordida Prueba de montaje de dientes Terminado

DENTADURA COMPLETA / PARCIAL FLEXIBLE

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Parcial | <input type="checkbox"/> Duplicado dentadura | <input type="checkbox"/> Color deacrílico _____ |
| <input type="checkbox"/> Dentadura completa | <input type="checkbox"/> Cubeta individual | |
| <input type="checkbox"/> Valplast | <input type="checkbox"/> Rodetes de oclusión | |
| <input type="checkbox"/> TCS | <input type="checkbox"/> Encerado diagnóstico | |
| | <input type="checkbox"/> Terminado | |

PARCIALES DE METAL

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Parcial colado (cromo-cobalto) | <input type="checkbox"/> TCS/Vitallium |
| <input type="checkbox"/> Vitallium Plus / Vitallium | <input type="checkbox"/> Valplast/Vitallium |
| <input type="checkbox"/> Titanio | |

SELECCIÓN DE DIENTES

- Ivoclar Otros _____ Color : _____

OTRA APARATOLOGÍA Y SERVICIOS

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cubeta con rodetes de mordida | <input type="checkbox"/> Soft Liner | <input type="checkbox"/> Férula deportiva |
| <input type="checkbox"/> Férula de blanqueamiento | <input type="checkbox"/> Rebase | <input type="checkbox"/> Añadir retenedor |
| <input type="checkbox"/> Retenedor | <input type="checkbox"/> Reparación de prótesis | |
| <input type="checkbox"/> Férula nocturna (blanda / dura / dual) | | |

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

