01 DATOS DEL CASO

CLÍNICA

DR. / DRA.

Nº COLEGIADO

PACIENTE

EDAD

SEXO

FECHA

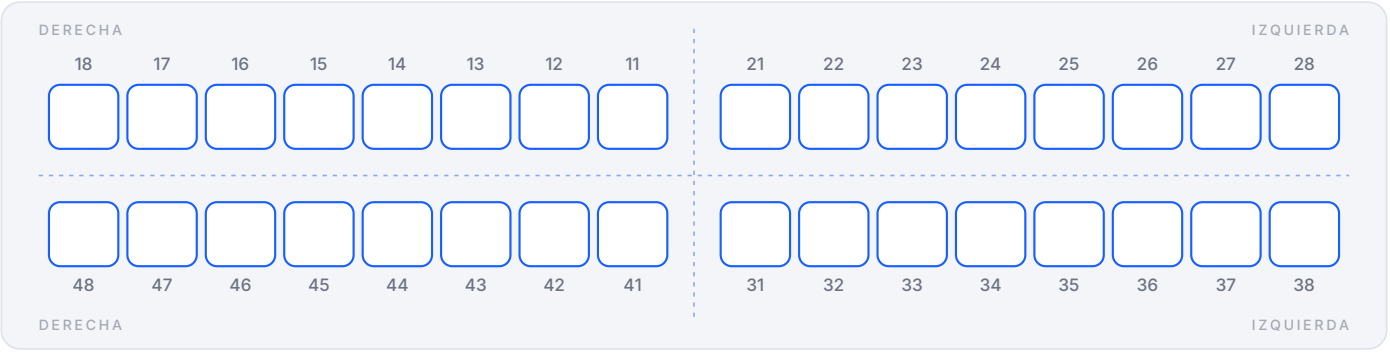
02 TIPO DE PRÓTESIS

- ☐ Coronas / puentes
- ☐ Carillas
- ☐ Incrustaciones
- ☐ Sobredentadura
- ☐ Provisionales
- ☐ Encerado
- ☐ Férulas
- ☐ Otro

MATERIAL

- ☐ Zirconio
- ☐ Disilicato / feldespato
- ☐ Metal-cerámica
- ☐ Composite / nanohíbrido
- ☐ Resina / PMMA
- ☐ Otro

03 ODONTOGRAMA Y COLOR



PIEZAS

COLOR

GUÍA DE COLOR

TERCIO CERVICAL

TERCIO MEDIO

TERCIO INCISAL

04 IMPLANTES

MARCA Y CONEXIÓN

SCAN BODY · MARCA

SCAN BODY · CÓDIGO

ADITAMENTOS QUE SE ADJUNTAN

05 ENVÍO DE MODELOS

- ☐ Analógico
- ☐ Digital

Marca del scanner

PRUEBA QUE SE SOLICITA

- ☐ Infraestructura
- ☐ Bizcocho
- ☐ Terminada
- ☐ Otra

FECHA DE CITA

HORA

OBSERVACIONES

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL