

Fecha:

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

Doctor: _____

Paciente: _____

COLOR:

Guía: _____

Teléfono: _____

Fecha de ENTREGA / /

TIPO DE TRABAJO

- | | | | |
|---|-----------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Corona y/o Puentes | <input type="checkbox"/> Carillas | <input type="checkbox"/> Incrustaciones | <input type="checkbox"/> Placas miorelajantes |
| <input type="checkbox"/> Caso sobre implantes | <input type="checkbox"/> Núcleo | | <input type="checkbox"/> Silenciador antironquido |
| | | | <input type="checkbox"/> Retenedor |
| | | | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |

MATERIAL

- | | | | | |
|---|--|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Zirconio | <input type="checkbox"/> Disilicato de Litio (emax) | <input type="checkbox"/> Temporal CAD/CAM (PMMA) | <input type="checkbox"/> Confort | Activada SI <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Metal Cerámica | <input type="checkbox"/> Metal precioso | <input type="checkbox"/> Temporal termopolimerizado | | NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Metal Base | <input type="checkbox"/> Albcast gold # Diente _____ | | <input type="checkbox"/> Extra-Confort | Activada SI <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Cerómeros | | | | NO <input type="checkbox"/> |

IMPORTANTE

Tipo de sustrato:
 PARA RESTAURACIONES
 LIBRES DE METAL

NOTAS

STAR DENTAL Solutions

