PRESCRIPCIÓN DE PRÓTESIS DENTAL

Cliente: _____ Fecha Entrada: _____ STL Nº: _____

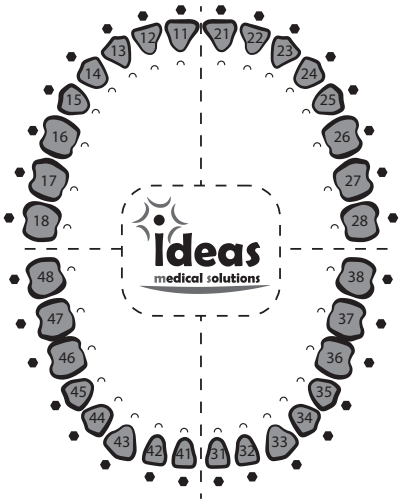
Paciente: _____ Fecha Salida: _____ Modelo Nº: _____

CONTENIDO DEL ENVIO (especificar número de unidades)

- ☐ Modelo
- ☐ Antagonista
- ☐ Toma de impresión
- ☐ Encerado
- ☐ Articulador
- ☐ Mordida
- ☐ Tornillos
- ☐ Interfases

MATERIAL

- ☐ Zr
- ☐ Zr HT
- ☐ Disilicato de Litio
- ☐ Zr Smile
- ☐ Zr MultiCapa
- Color _____
- ☐ PMMA
- ☐ Composite
- ☐ Cromo Cobalto Sinterizado
- ☐ Cromo Cobalto
- ☐ Titanio
- ☐ Aluminio



ESPECIFICACIONES DEL TRABAJO (especificar número de unidades)

Cementadas:

- ☐ Reducida
- ☐ Venner
- ☐ Anatómica

Atornilladas:

- ☐ Reducida
- ☐ Venner

Barras:

- ☐ Dolder/Ackermann
- ☐ Híbrida
- ☐ Ataches
- ☐ Locators

Observaciones

Pos.	Implante	Conexión	ø	Tipo	Ang.

Pos.	Implante	Conexión	ø	Tipo	Ang.

ej:	32	NOBEL ACTIVE	RP	4	Int.	10º