

Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Clínica \_\_\_\_\_ Dr./Dra. \_\_\_\_\_

Paciente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

**TIPO DE PRÓTESIS**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> METAL-CERÁMICA         | <input type="radio"/> DISILICATO MONOLÍTICO    | <input type="radio"/> INCRUST./ DISIL. |
| <input type="radio"/> FULL ZIRCONIO          | <input type="radio"/> PROVI. PMMA              | <input type="radio"/> CARILLAS         |
| <input type="radio"/> ZIRCONIO ESTRATIFICADO | <input type="radio"/> DISILICATO ESTRATIFICADO | <input type="radio"/> COMPOSITE        |
| _____  | <input type="radio"/> _____                    | <input type="radio"/> _____            |

**PRUEBAS**

- |   |             |            |
|---|-------------|------------|
| <input type="radio"/> PBA. VERIFICACIÓN | Fecha _____ | Hora _____ |
| <input type="radio"/> PBA. METAL        | Fecha _____ | Hora _____ |
| <input type="radio"/> PBA. BIZCOCHO     | Fecha _____ | Hora _____ |
| _____                                   | Fecha _____ | Hora _____ |
| _____                                   | Fecha _____ | Hora _____ |
| _____                                   | Fecha _____ | Hora _____ |
| ACABADO                                 | Fecha _____ | Hora _____ |

**ODONTOGRAMA** (Marcar unitaria o ferulizadas) EXO-E INTERMEDIA-I PILAR-P

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28  
 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Unitarias \_\_\_\_\_

Ferulizadas \_\_\_\_\_

**COLOR**

- GUÍA VITA \_\_\_\_\_  LABORATORIO \_\_\_\_\_  FOTO (email) \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES**