

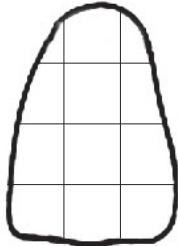
Clinica dental: _____

Dr./Dra.: _____

Paciente: _____

NUMERACIO


COLOR



MAQUILLAGE OCLUSAL

Nada Light Medio Oscuro

DISEÑO PONTICAS



HORA					
	Lunes	Martes	Miercol.	Jueves	Viernes
DIA					

ADJUNTO EN CAJA

Impresión Modelos Mordida

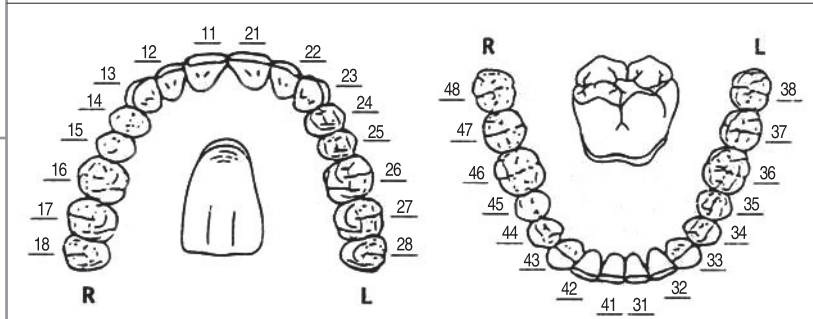
Articulador Coronas/Puentes

Otros _____

INSTRUCCIONES ESPECIFICAS

Prueba Bizcocho Terminado

Firma: _____ Fecha: _____



CIRCONIO

Zenostar (macizo)
 Capas
 Implantes

DISILICATO/LITO

IPS Empress II
 IPS E. Max
 Incrustación
 Carillas

METAL

Precioso
 Fresado
 Sinterizado
 Colado

IMPLANTES

Con elementos
 Sin elementos
 Circonio
 Sinterizado
 Hibrida
 Fresado
 Barra Ackerman
 Interfase

REMOVIBLE

Esquelético
 Parcial
 Completa
 Compostura
 Placa descarga