

FORMULARIO DE PRESCRIPCIÓN



**PRO ART
DENTAL
LABORATORI**

DATOS

Hoja de trabajo n° Fecha

Clínica Dr./Dra.

Paciente

ENTREGAS

Prueba Día Hora

Prueba Día Hora

Prueba Día Hora

Prueba Día Hora

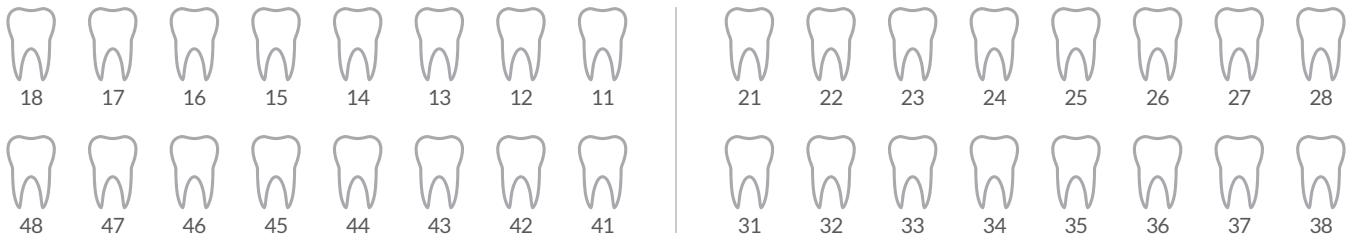
Acabado Día Hora

COLOR

Toma de color en laboratorio Toma de color en CD o email



ENCARGO E INSTRUCCIONES



Tipo Fija Implante Removible Compostura Otro

Aleación CRCO Paladio Oro Zirconio Resina Otro

ELEMENTOS APORTADOS POR LA CLÍNICA

Cubeta SUP INF Mordida Arco facial

OBSERVACIONES

Información adicional en el dorso.