



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

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

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

**TIPO DE PRÓTESIS**

- |                                   |                               |  |
|-----------------------------------|-------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Completa    | <input type="radio"/> Parcial | <input type="radio"/> Esquelético          |
| <input type="radio"/> Compostura  | <input type="radio"/> Rebase  | <input type="radio"/> Flexite inyectado    |
| <input type="radio"/> Férulas     | <input type="radio"/> ESSIX   | <input type="radio"/> Encerado diagnóstico |
| <input type="radio"/> Provisional | <input type="radio"/> _____   | <input type="radio"/> Flexite fresado      |

**PRUEBAS**

- |   |             |            |
|---|-------------|------------|
| <input type="radio"/> Cubeta Individual | Fecha _____ | Hora _____ |
| <input type="radio"/> Plancha base      | Fecha _____ | Hora _____ |
| <input type="radio"/> Estructura metal  | Fecha _____ | Hora _____ |
| <input type="radio"/> P. dientes        | Fecha _____ | Hora _____ |
| <input type="radio"/> _____             | Fecha _____ | Hora _____ |
| <input type="radio"/> _____             | Fecha _____ | Hora _____ |
| <input type="radio"/> _____             | Fecha _____ | Hora _____ |
| <input type="radio"/> Acabado           | Fecha _____ | Hora _____ |

**ODONTOGRAMA**      EXO-E

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

**GUÍA COLOR IVOCLAR**

- SPE \_\_\_\_\_     CHROMASCOP \_\_\_\_\_     FOTO (WhastsApp o email) \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES**