

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