

Rx de Corona y Puente

Prescripción de Procedimiento de Laboratorio

INFORMACIÓN REQUERIDA

Nombre del doctor _____

Nombre de la clínica _____

Dirección _____

Teléfono _____

Nombre del paciente _____

Número de expediente del paciente _____

Masculino ☐ Femenino ☐ Fecha de nacimiento _____

Fecha de Rx _____ Fecha de entrega _____

Los tiempos de entrega comienzan el día en que el laboratorio recibe la Rx. Permita 5 días hábiles (L-V) y 8 días hábiles para casos complejos.

INSTRUCCIONES DEL CASO

Circle unidades individuales y encierre en círculos entrelazados unidades fusionadas

FDI															
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

Zirconia / Todo Cerámica

- ☐ Zirconia sólida (no recomendada para anteriores)
- ☐ Zirconia estratificada
- ☐ Alta translucidez (máx. puente de 3 unidades)
- ☐ Lingual sólido con facial de porcelana
- ☐ IPS e.max Press (máx. puente de 3 unidades)
- ☐ Disilicato de litio

Otros

- ☐ Resina compuesta
- ☐ Temporal (acrílico)
- ☐ Imprimir modelos 3D

DEVOLVER PARA

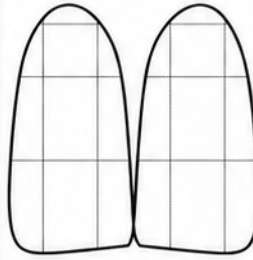
- ☐ Recorte de dado
- ☐ Prueba de color
- ☐ Prueba metálica
- ☐ Terminado

RESTAURACIÓN

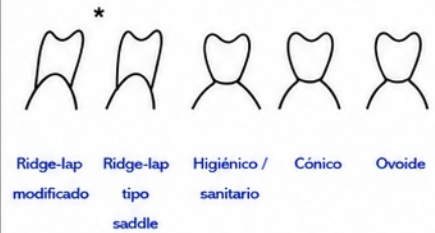
- ☐ Corona ☐ Poste y muñón
- ☐ Puente ☐ Encerado diagnóstico
- ☐ Carilla no-prep ☐ Asientos de descanso
(especifique) _____
- ☐ Carilla
- ☐ Inlay/Onlay ☐ Corona bajo parcial
(especifique) _____
- ☐ Implante

DISEÑO DE CORONA

Caracterizaciones



Diseño de pónico



Tono dental _____
(REQUERIDO)

Guía de color utilizada _____
(Vita es la predeterminada)

Color del muñón _____
(REQUERIDO PARA E.MAX)

Color de tejido rosa _____

SI NO HAY SUFICIENTE ESPACIO

- ☐ Reducir antagonista
- ☐ Llamar para discutir
- ☐ Usar BruxZir®
- ☐ Reducir preparación
sin coping

CONTACTO OCLUSAL

- ☐ Ligero
- ☐ Abierto
- ☐ Ajustado

CONTACTO INTERPROXIMAL

- ☐ Ligero
- ☐ Medio
- ☐ Pesado

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS DE RX

Por favor proporcione fotos, modelos de estudio o modelos diagnósticos con el caso

Enviar fotos a: frecuenciadentaldl@gmail.com
o al nuestro whatsapp 391 100 8605

Firma del dentista _____
(REQUERIDO)

Número de licencia del dentista _____
(REQUERIDO)

*Diseño estándar si no se selecciona una opción