

Clinica:

Doctor:

Nombre del Paciente:

Masculino Femenino _____ Edad

cod. de trabajo

Registro de Mordida Modelos Impresiones

Articulador Fotos Aditamentos

Otros _____

FECHA DE ENVIO

DA

MES

AÑO

FECHA DE ENTREGA

DA

MES

AÑO

COLOR No.

Indicar tipo de guía de color

**CARACTERIZACIÓN
INCISAL**

Ninguno Transp.

Azul Gris

**CARACTERIZACIÓN
OCLUSAL**

Ninguno Suave

Medio Marcado

Indicaciones de Trabajo: