

CLÍNICA:

DR(A):

FECHA DE ENVÍO

DD

MM

AAAA

FECHA DE ENTREGA

DD

MM

AAAA

PACIENTE:

MASCULINO

FEMENINO

EDAD

COD. DE TRABAJO

CARACTERIZACIÓN INCISAL

NINGUNO

TRANSPARENTE

AZUL

GRIS

CARACTERIZACIÓN OCLUSAL

NINGUNO

SUAVE

MEDIO

MARCADO

REGISTRO DE MORDIDA

MODELOS

IMPRESIONES

FOTOS

ADITAMENTOS

OTROS: _____

Control interno

**SÓLO PARA SER LLENADO
POR EL LABORATORIO**

ORDEN DE TRABAJO

COLOR

GUÍA

INDICACIONES:

