

ORDEN DE TRABAJO

INFORMACIÓN DEL DOCTOR Y PACIENTE

Doctor(a):

Paciente:

Fecha en la que requiere su caso :

Favor de enviar el original a Fusión Taller Dental y conservar la copia para el expediente.

INDICAR UNIDADES

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

TIPO DE TRABAJO

Carillas:

Microcarilla Refractaria Estratificada E.max Monolítica E.max

Zirconio:

Monolítica (Prettau) Estratificada

E.max:

Monolítica Estratificada Inlay/Onlay

Metalocerámica:

Corona Collarless Total metálica Inlay/Onlay

P SP NP

Adoro:

Corona Inlay/Onlay

Implantes:

P SP Otro _____

Marca _____ Medida _____

Otros:

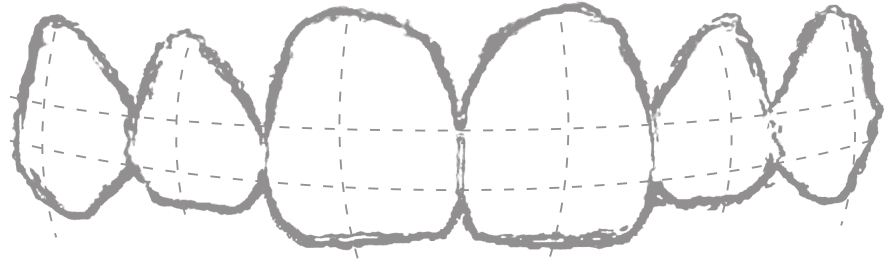
Corona Captek Encerado de Diagnóstico Provisionales

MATERIAL ENVIADO

	<i>Cantidad</i>		<i>Cantidad</i>
Fotografías	<input type="text"/>	Jig de verificación	<input type="text"/>
Impresión	<input type="text"/>	Articulador	<input type="text"/>
Antagonista	<input type="text"/>	Análogo	<input type="text"/>
Regitro Oclusal	<input type="text"/>	Tornillo de impresión	<input type="text"/>
Modelo de Estudio	<input type="text"/>	Aditamento	<input type="text"/>
Arco facial	<input type="text"/>	Tornillo de laboratorio	<input type="text"/>
Otro _____	<input type="text"/>		<input type="text"/>

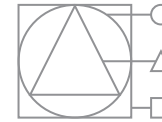
*Recuerde que nos puede enviar su fotografía a produccion@fusiontallerdental.mx

DIAGRAMA DE COLOR



MARRON ROJO MARRON AMARILLO GRIS MARRON GRIS
 A1 A2 A3 A3-5 A4 B1 B2 B3 B4 C1 C2 C3 C4 D2 D3 D4

Color



Rugoso Liso

Textura

Mate Brillo

Glaseado

Mamelones sí no

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

nada traslucido muy traslucido

ENVIAR A:

Prueba de estructura Prueba estética Terminado

OBSERVACIONES

Persona que articulo el caso: Doctor(a) Técnico

Firma _____ Fecha de elaboración de la orden _____

Jalisco 20 B, Colonia Las Palmas, Cuernavaca, Morelos, México 62050
 01 800 507 9431 | www.fusiontallerdental.mx