



Calle de Saragossa, 64, Bajos 2
08006 Barcelona
☎ 932 504 795

info@sivpdental.es
www.sivpdental.es

HOJA DE PEDIDO

SELLO DE LA CLÍNICA / DR

PACIENTE :

Sexo : H M Tipo de cara : ▽ □ ○ △ Edad :

Color :
Vita :
Vivo :



Forma de los pñóticos



Dientes :

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

Según norma ISO 3950 - Código de denominación de los dientes y las regiones de la cavidad bucal

FECHA DE ENVIÓ

..... / /

FECHA DE RETORNO

..... / /

PRÓTESIS FIJA

PRÓTESIS REMOVIBLE

Superior | Inferior

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Metal Cerámica | <input type="checkbox"/> Corona Colada |
| <input type="checkbox"/> Corona Empress | <input type="checkbox"/> Carilla Empress |
| <input type="checkbox"/> Corona Zirconio | <input type="checkbox"/> Inlay / Onlay (incrustación) |
| <input type="checkbox"/> Perno Muñón | <input type="checkbox"/> Metal <input type="checkbox"/> Cerámica <input type="checkbox"/> Composite |
| <input type="checkbox"/> Unitario | <input type="checkbox"/> No precioso <input type="checkbox"/> Directo |
| <input type="checkbox"/> Ferulizado | <input type="checkbox"/> Semi precioso <input type="checkbox"/> Bizcocho |
| <input type="checkbox"/> Puente | <input type="checkbox"/> Precioso <input type="checkbox"/> Prueba de Metal |
| TIPO DE ANCLAJE : | <input type="checkbox"/> O ring <input type="checkbox"/> OT Strategy |
| IMPLANTE : | <input type="checkbox"/> Atornillada <input type="checkbox"/> Cementada |
| PUNTO DE CONTACTO : | <input type="checkbox"/> Suave <input type="checkbox"/> Fuerte |
| TRONERA : | <input type="checkbox"/> Higiénica (Abierta) <input type="checkbox"/> Estética (Cerrada) |

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cubeta Individual | <input type="checkbox"/> Rodete / Plancha de articulación | | |
| <input type="checkbox"/> Flexite | } <input type="checkbox"/> Prueba de dientes sobre cera | | |
| <input type="checkbox"/> Aparato de Resina | | <input type="checkbox"/> Acabado directo | |
| <input type="checkbox"/> Placa Cromo Cobalto (esquelético) | | | |
| <input type="checkbox"/> Prueba de dientes sobre cera | | | |
| <input type="checkbox"/> Pieza colada Cr Co | | | |
| <input type="checkbox"/> Frente de Resina | | | |
| <input type="checkbox"/> Acabado | | | |
| <input type="checkbox"/> Resina | <input type="checkbox"/> Flexite | | |

SI DURANTE LA REALIZACIÓN SE NECESITA RETOCAR UN MODELO :

- Prefiero que SIVP Dental me avise para retocar primero en boca Dejo SIVP Dental retocar si es necesario marcándolo en el modelo

Instrucciones particulares :