

Formulario Oficial de Prescripción de Prótesis Dentales

Prescripción de:	
Laboratorio:	
Paciente / Usuario final (Iniciales):	



Encargo General

<input type="checkbox"/> Elaboración de:	<input type="checkbox"/> Prótesis completa sup/inf	<input type="checkbox"/> Espiga(s) colada(s)	<input type="checkbox"/> Punte(s) Dentosoportado(s)/Implantosoportado(s)
<input type="checkbox"/> Reparación de:	<input type="checkbox"/> Prótesis parcial removible sup/inf	<input type="checkbox"/> Carilla(s) / Incrustación(es)	<input type="checkbox"/> Prótesis híbrida sup/inf
	<input type="checkbox"/> Dispositivo oclusal (placa o férula)	<input type="checkbox"/> Corona(s) Dentosoportada(s)/Implantosoportada(s)	<input type="checkbox"/> Otros: _____

Finalidad Prevista

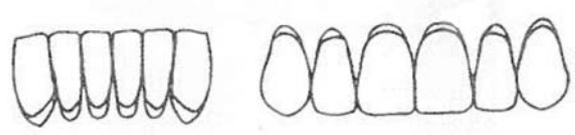
<input type="checkbox"/> Diagnóstica	<input type="checkbox"/> Preventiva
<input type="checkbox"/> Restauradora	<input type="checkbox"/> Estética
<input type="checkbox"/> Rehabilitadora a/funcional	

Elementos físicos que se adjuntan

<input type="checkbox"/> Impresiones/modelos superior/inferior	<input type="checkbox"/> Planchas/rodetes superior/inferior
<input type="checkbox"/> Prueba de: _____	<input type="checkbox"/> Arco facial/mesa transferencia modelo sup.
<input type="checkbox"/> Registros intermaxilares	<input type="checkbox"/> Patrones/Llaves _____
<input type="checkbox"/> Articulador: _____	<input type="checkbox"/> _____

Encargo de la etapa nº:

Para el día de 20

<input type="checkbox"/> Vaciar impresiones: <input type="checkbox"/> Superior yeso tipo: _____ <input type="checkbox"/> Mod. partido <input type="checkbox"/> Con falsa encía <input type="checkbox"/> Inferior yeso tipo: _____ <input type="checkbox"/> Mod. partido <input type="checkbox"/> Con falsa encía <input type="checkbox"/> Individualizar muñones de: _____ <input type="checkbox"/> Duplicar modelo: <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Inferior	<p style="text-align: center;">Caracterizaciones:</p> 												
<input type="checkbox"/> Elaborar: <input type="checkbox"/> Cubetas individuales: <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Con espaciador <input type="checkbox"/> Abierta <input type="checkbox"/> Inferior <input type="checkbox"/> Con espaciador <input type="checkbox"/> Abierta <input type="checkbox"/> Planchas base con rodete articular de: <input type="checkbox"/> godiva roja <input type="checkbox"/> cera	<p style="text-align: center;">Indicaciones e Instrucciones:</p> <p>Ajuste del articulador:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Lado derecho</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Lado izquierdo</td> </tr> <tr> <td>Inclinación condilea sagital</td> <td style="text-align: center;">°</td> <td style="text-align: center;">°</td> </tr> <tr> <td>Ángulo de Bennet</td> <td style="text-align: center;">°</td> <td style="text-align: center;">°</td> </tr> <tr> <td>Inclinación de platina incisal</td> <td style="text-align: center;">°</td> <td></td> </tr> </table> <p>Montado en Trabajar en <input type="checkbox"/> Relación céntrica <input type="checkbox"/> Máxima intercuspidadación <input type="checkbox"/> Relación céntrica <input type="checkbox"/> Máxima intercuspidadación <input type="checkbox"/> Con el puntero incisal en _____ mm.</p> <p>Oclusión:</p> <input type="checkbox"/> Máxima intercuspidadación <input type="checkbox"/> Cúspide/fosa <input type="checkbox"/> Cúspide-plano/cresta <input type="checkbox"/> Diente a diente <input type="checkbox"/> Diente a dos dientes <p>Función oclusal derecha <input type="checkbox"/> Canina <input type="checkbox"/> De grupo <input type="checkbox"/> Balanceada Función oclusal izquierda <input type="checkbox"/> Canina <input type="checkbox"/> De grupo <input type="checkbox"/> Balanceada</p> <p>Dientes artificiales:</p> <input type="checkbox"/> Cerámica <input type="checkbox"/> Isosite <input type="checkbox"/> Acrílico Forma <input type="checkbox"/> Cuadrada <input type="checkbox"/> Triangular <input type="checkbox"/> Ovoidea <input type="checkbox"/> Especiales para mordida cruzada <p>Color: _____ De la guía: _____ Otros: _____</p>		Lado derecho	Lado izquierdo	Inclinación condilea sagital	°	°	Ángulo de Bennet	°	°	Inclinación de platina incisal	°	
	Lado derecho	Lado izquierdo											
Inclinación condilea sagital	°	°											
Ángulo de Bennet	°	°											
Inclinación de platina incisal	°												
<input type="checkbox"/> Montar en articulador: _____ <input type="checkbox"/> modelo superior <input type="checkbox"/> modo arbitrario <input type="checkbox"/> arco/transfer <input type="checkbox"/> modelo inferior <input type="checkbox"/> registro oclusal adjunto	<p style="text-align: center;">Instrucciones para el diseño:</p> <input type="checkbox"/> Características estándar <input type="checkbox"/> Características específicas (ver dibujo de elementos protésicos en el modelo) <p>Retenedores en: _____ Tipo retenedor: _____ Cant. retención: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Barra cingular: _____ <input type="checkbox"/> Barras coronarias: _____</p> <p>Tipo de placa palatina: _____ Tipo de barra: _____ Tipo de sillars: _____</p> <p>Otros: _____</p>												
<input type="checkbox"/> Colar/mecanizar en: _____ <input type="checkbox"/> Estructura metálica de PPR <input type="checkbox"/> superior <input type="checkbox"/> inferior <input type="checkbox"/> con rodete articular de <input type="checkbox"/> godiva roja <input type="checkbox"/> cera <input type="checkbox"/> Retenedores de PPR en: _____ (ver instrucciones) <input type="checkbox"/> Espiga(s)-muñón/cofia directa en el patrón que se adjunta <input type="checkbox"/> Espiga(s)-muñón/cofia indirecta(s) en dientes: _____ <input type="checkbox"/> con barra: _____ <input type="checkbox"/> Mesoestructura sobre implante(s) en: _____ <input type="checkbox"/> Estructura para sobredentadura: <input type="checkbox"/> sup. <input type="checkbox"/> inf. según instrucciones	<p><input type="checkbox"/> Elaborar prótesis inmediata(s) <input type="checkbox"/> superior <input type="checkbox"/> inferior Dientes que se reponen: _____ Retenedores en: _____ (ver instrucciones)</p> <p><input type="checkbox"/> Elaborar provisionales de acrílico, color: _____ guía: _____ en dientes: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Elaborar cubeta(s) de blanq./fluoriz <input type="checkbox"/> superior <input type="checkbox"/> inferior <input type="checkbox"/> Elaborar protector deportivo</p>												
<input type="checkbox"/> Pilar sobre implante(s) en: _____ <input type="checkbox"/> Estructura de corona(s)/puente(s) <input type="checkbox"/> dentosoportada <input type="checkbox"/> implantosoportada <input type="checkbox"/> para metal-cerámica <input type="checkbox"/> para metal acrílico <input type="checkbox"/> metal Pilares en: _____ <input type="checkbox"/> Con ataches/barras (ver instrucciones) Ponticos en: _____ <input type="checkbox"/> Estructura prótesis híbridas: <input type="checkbox"/> sup. <input type="checkbox"/> inf. según instrucciones	<p><input type="checkbox"/> Encerar y montar prueba de dientes (ver instrucciones) <input type="checkbox"/> Encerar desprogramación/férula oclusal <input type="checkbox"/> superior <input type="checkbox"/> inferior <input type="checkbox"/> Terminar prótesis completa <input type="checkbox"/> superior <input type="checkbox"/> inferior <input type="checkbox"/> Terminar prótesis parcial removible <input type="checkbox"/> superior <input type="checkbox"/> inferior <input type="checkbox"/> Terminar dispositivo de desprogramación/protección oclusal <input type="checkbox"/> Colocar recubrimiento estético <input type="checkbox"/> cerámica <input type="checkbox"/> acrílico <input type="checkbox"/> Para prueba <input type="checkbox"/> Terminar en color: _____ guía: _____ <input type="checkbox"/> Elaborar carillas/incrustaciones estéticas de: _____ en: _____</p>												
Composturas y reparaciones de prótesis removibles: <input type="checkbox"/> Añadir dientes _____ <input type="checkbox"/> Añadir retenedores _____ <input type="checkbox"/> Rebase(s) _____ <input type="checkbox"/> Reparar _____	<p>Fecha: ____ de _____ de 20____ Firma y Sello,</p> <p>Firmado, _____</p>												