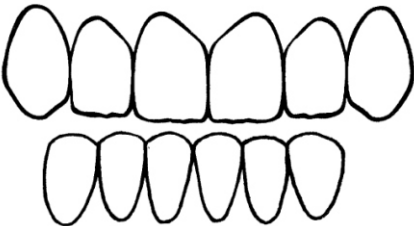


Dr.: \_\_\_\_\_ Fecha Entrega: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha Recibido: \_\_\_\_\_

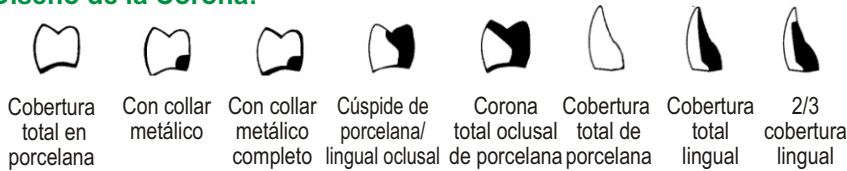
Hombre  Mujer  Edad: \_\_\_\_\_ Forma Facial: \_\_\_\_\_

Color del Stumpf: _____ Color Deseado: _____ Molde: _____		<b>Superficie:</b> Lisa <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Pesada <input type="checkbox"/>	<b>Stain Oclusal:</b> Ninguno <input type="checkbox"/> Ligero <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Oscuro <input type="checkbox"/>
-----------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Grado de translucencia:** Mínimo  Moderado  Máximo

**Devolución:** Metal  Bizcocho  Terminado  Individual  Montado

**Diseño de la Corona:**



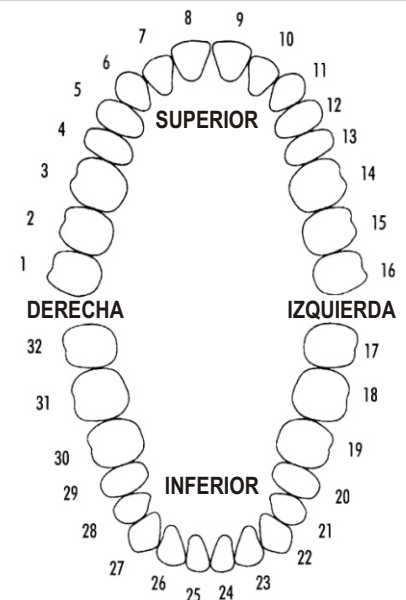
**Diseño del Póntico:**



**Diseño del Borde:** Sin vista de metal   
 Borde metálico al ras  Tope de porcelana

**De no haber Clearance Oclusal:**

Oclusión metálica  Ajuste del opuesto   
 Reducción de la corona



**Instrucciones:**

Dirección: \_\_\_\_\_ Licencia: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_