

INFORMACIÓN DEL DOCTOR

ASESOR BORGATTA: _____ NO PACIENTE. _____ NO PEDIDO. _____

NOMBRE: _____

E-MAIL: _____ SKYPE: _____

TEL CONSULTORIO: _____ TEL. MÓVIL _____ NO.CLIENTE _____

DIRECCIÓN DE ENTREGA: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE: _____

GÉNERO: M H FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA) _____

FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO (DD/MM/AAAA) _____

SOLICITUD DE ARCHIVOS

ARCHIVOS .STL (SUPERIOR, INFERIOR, OCLUSIÓN) FOTOGRAFÍA FONTAL CON SONRISA AMPLIA

FOTOGRAFÍA FRONTAL EN OCLUSIÓN CON RETRACTORES

BRACKETS

In OVATION R COO

In OVATION C Mini COO

AUTOLIGADO ACTIVE

AUTOLIGADO ACTIVE C

FIT JIG

FIT JIG **CON** BRACKETS COLOCADOS

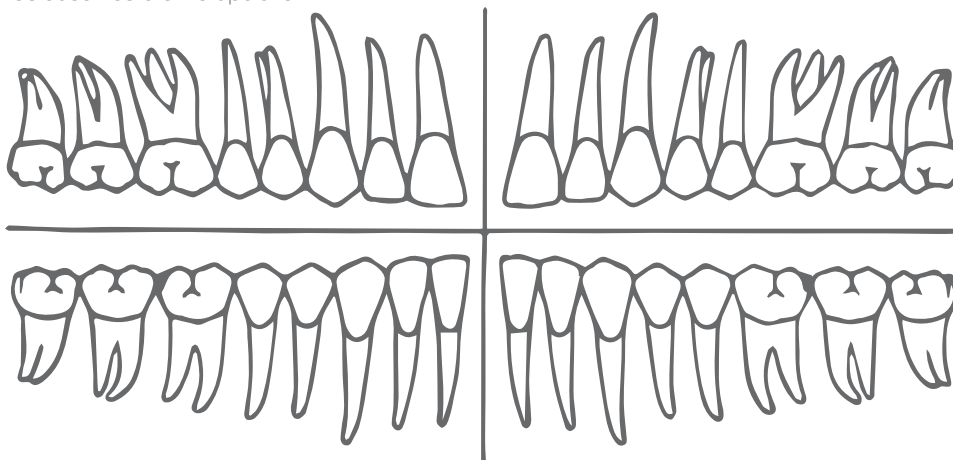
FIT JIG **SIN** BRACKETS COLOCADOS

ODONTOGRAMA

Colocar una (X) para indicar piezas a extraer.

Colocar un (.) para indicar la ubicación aproximada para la colocación del bracket.

Colocar (/) para piezas ausentes o sin erupcionar.



COMENTARIOS ADICIONALES

(CON RESPECTO AL TRATAMIENTO)

NOMBRE Y FIRMA DEL DOCTOR