



LABORATORIO

Tels. (664) 207.6910 y (045) (777)162.6031

Nombre del doctor : \_\_\_\_\_  
Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de entrega: \_\_\_\_\_

FECHA		
DIA	MES	AÑO

FOLIO



LABORATORIO

Doctor (a): \_\_\_\_\_  
Paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de entrega: \_\_\_\_\_

TIPO DE TRABAJO


- Metal Cerámica
- E. max
- Zirconia Cerámica
- Otros

Material Enviado

- Fotografías
- Impresión
- Antagonista
- Registro oclusal
- Modelo de estudio
- Articulador
- Análogo
- Tornillo de impresión
- Aditamiento
- Tornillo de laboratorio

Indicaciones:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mapa de Color



M D

FECHA		
DIA	MES	AÑO

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"/>
<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

Color: \_\_\_\_\_  
\* colorimetro vita classical (A1/D4)

FOLIO

Puede enviar sus Fotografías a:  
[laboratorio@dentallifetijuana.com](mailto:laboratorio@dentallifetijuana.com)