



ORDEN DE TRABAJO

FECHA: _____ DENTISTA _____

PACIENTE: _____ EDAD _____

Información detallada del paciente:

Sexo: _____ Fisonomía: _____

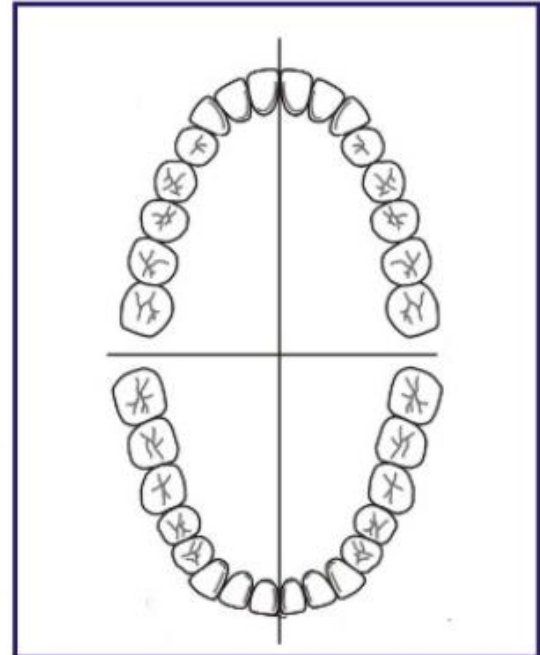
Características de superficie:

Liso _____ Normal _____ Juvenil _____

Glaseado Final:

Brillante _____ Normal _____ Mate _____

¿Cual es el resultado que el paciente desea?



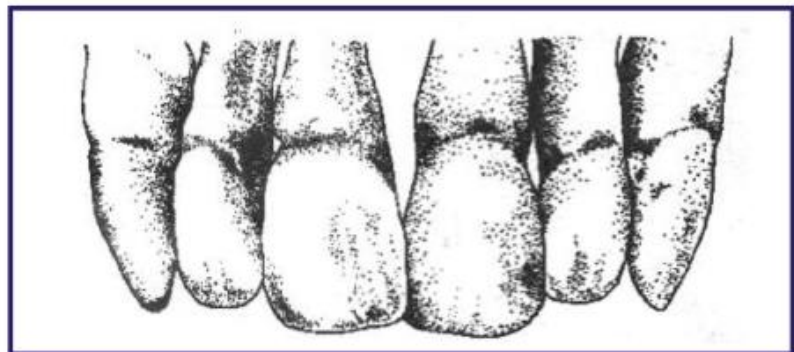
Información fotográfica: _____ Fecha de entrega: _____

Color Base _____

Vita: _____

Chromascop: _____

otros: _____



Descripción del Trabajo

Importante: _____

Tipo de aleación: NP _____ SP _____ P _____ Firma del Doctor: _____

Gracias por su confianza EPS