

FORMULARIO PARA SOLICITAR GINGIGUIDE

Datos Personales

Nombre Doctor: _____
 Rut Facturación: _____
 Razón Social: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____

Nombre Paciente: _____
 Fecha Cirugía: _____

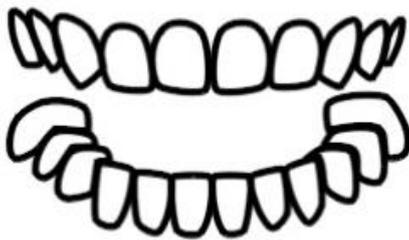
Datos para la confección de la Guía

Zona de la Cirugía: Maxilar Superior Maxila Inferior Ambos

¿Cómo enviará el modelo? Digitalmente Modelo en Yeso La impresión debe ser con silicona por condensación o adición (no alginato)

¿Necesita Encerado Diagnostico Digital? (posee costo adicional) Si ¿Qué Piezas para el encerado? No

Alargamiento Coronario



| Pieza | Alargamiento milímetros (mm) |
|-------|------------------------------|
| 1.3 | |
| 1.2 | |
| 1.1 | |
| 2.1 | |
| 2.2 | |
| 2.3 | |
| otro | |

Comentario Extra

.....

Completar y enviar por email (administración@dentalprime.cl) o por Whats App (+569 4756 2983)