

FORMULARIO PARA SOLICITAR GINGIGUIDE

Datos Personales

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

Nombre Paciente: _____
 Fecha Cirugía: _____

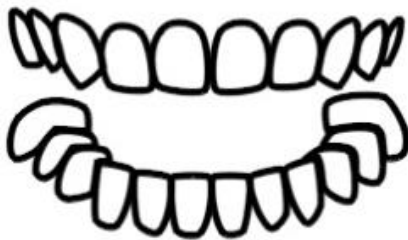
Datos para la confección de la Guía

Zona de la Cirugía: Maxilar Superior Maxila Inferior Ambos

¿Cómo enviará el modelo? Digitalmente Impresión Yeso (no con alginato) Impresión Silicona (condensación o adición)

¿Necesita Encerado Diagnostico Digital? 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)