

Dentista: _____ Fecha: _____/_____/_____

 Paciente: _____ Edad: Sexo: M F

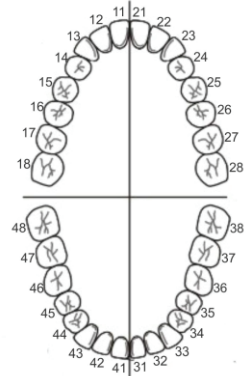
Características de superficie.

 Liso Normal Juvenil

Glaseado final:

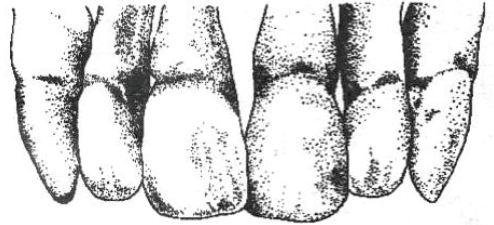
 Brillante Normal Mate

Resultados esperados por el Paciente:


 FECHA DE ENTREGA :

Información fotográfica:

 Color Base: Vita:

 Chromascop: Otros:


Tipo de Aleación:

 NP: SP: P:

Descripción del Trabajo:

¡ Gracias por su confianza !

 Firma del Doctor