

Fecha:

Prescripción para fabricación de retenedores

Nombre del Doctor:

Paciente:

Edad:

F. de Nac.

MM / DD / AA

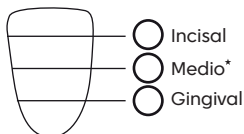
Selecciona el tipo de retenedor deseado

Retenedor fijo pasivo **BIO24k**

Arcada Inferior

Longitud de alambre: 2 - 2 3 - 3 4 - 4

Posición deseada:

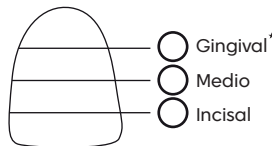


Notas:

Arcada Superior

Longitud de alambre: 2 - 2 3 - 3

Posición deseada:



Notas:

★ Las posiciones más comunes y recomendadas

Retenedor removible **NX1**

(Cada paquete incluye 2 retenedores)

Cantidad de retenedores Superiores

Notas:

1 2 3 4 5

Cantidad de retenedores Inferiores

Notas:

1 2 3 4 5

Confirmación de ARCHIVO STL enviado

Superior

Inferior

El odontólogo que firma la presente prescripción de fabricación declara que la información proporcionada es precisa y asume la responsabilidad sobre la instalación del retenedor solicitado. Asimismo, desvincula a Aliwell SAPI de CV de cualquier responsabilidad y de los daños que pudieran derivarse del uso e instalación del retenedor.

Firma del doctor