



C/ San Bartolome nº 36 bajo 1 San Sebastian Guipuzcoa 20007

**ENVÍENOS, modelos superior e inferior y una silicona  
ó cera de mordida, Fotos y radiografía del paciente.**

**INFO CLÍNICO**

Nombre \_\_\_\_\_

Telf. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Envíe a dirección \_\_\_\_\_

Población \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**INFO PACIENTE**

Nombre paciente \_\_\_\_\_

Solicita tratamiento \_\_\_\_\_

Género \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento \_\_\_\_\_

---

**INFO GENERAL**

Tratar arcadas  Ambas  Superior  Inferior

**Excluya del tratamiento (Puentes,Anquilosadas,Implantes)**

D 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 I

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

















