

GUÍAS QUIRURGICAS 3D

ISO
INSTITUTO
STUDI
ODONTOLATRICI

NOBRE DEL PACIENTE : _____

NOMBRE DEL DOCTOR: _____

FECHA DE SOLICITUD: _____ FECHA: _____ NO. DE IMPLANTES: _____

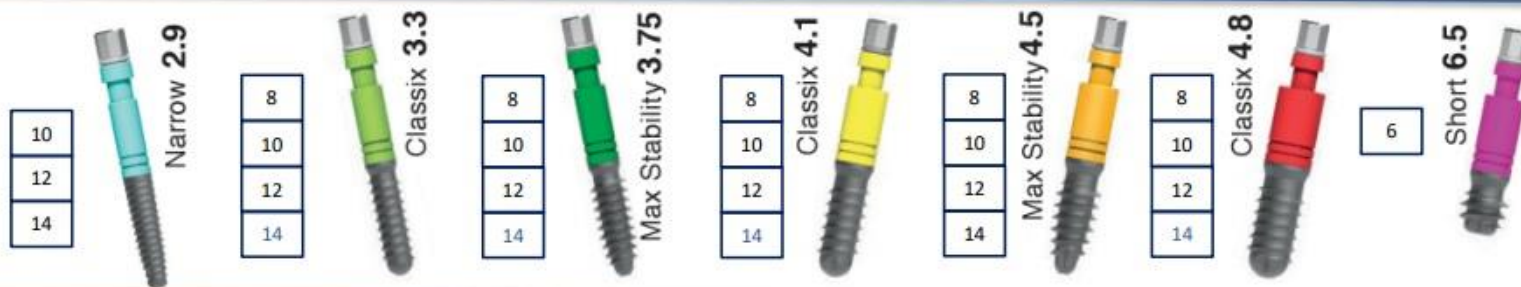
CORREO: _____ CELULAR DEL DR: _____

REQUERIMIENTOS

☐ Tomografía digital

☐ Escaneo intraoral

☐ Modelo de trabajo



☐ Ubicación de los implantes en el software de la tomografía

Enviaremos imágenes para su aprobación antes de la impresión en 3D

PROFUNDIDAD DEL IMPLANTES

☐ Bone level

☐ Low level

☐ Tissue level



OBSERVACIONES (DESCRIBA LA ZONA EDENTULA Y ESPECIFICACIONES DONDE SERÁN COLOCALOS LOS IMPLANTES :

