

Nombre del Dr. _____ Cta. N.º _____

Teléfono _____ Correo Electrónico _____

Dirección _____
Ciudad/Estado/Código Postal

Nombre del Paciente _____
Primer Nombre Apellido

Masculino
 Femenino

Entregar antes de las 5 p.m. el día _____ Llamar antes de empezar el caso

Rx INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

NOTA: Enviar un modelo de estudio para todos los trabajos que involucren dientes anteriores

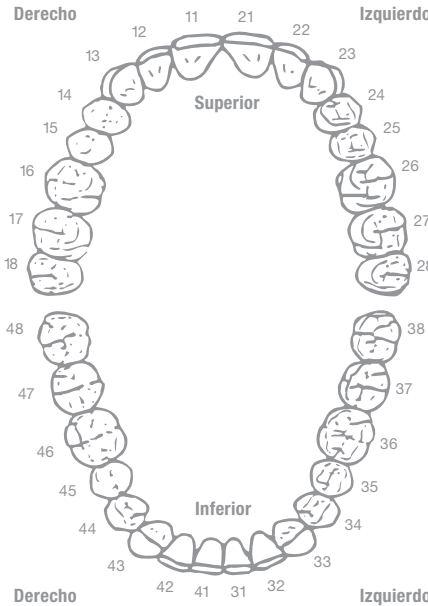
- BruxZir Full-Strength Solid Zirconia (1,150 MPa)
- BruxZir Anterior (650 MPa)



Firma _____

Licencia N.º _____ Fecha _____

DIENTE N.º



FÉRULAS DE MORDIDA

- Superior* Inferior
- Ferula para bruxismo Comfort H/S* (rígida/blanda)
Opciones de color:
 Transparente* Azul Verde Rosa
- Ferula para bruxismo (rígida)
Opciones de color:
 Transparente* Turquesa
- Ferula para bruxismo blanda

COLOR N.º

Indicar Aquí _____

MUÑON N.º

Indicar Aquí _____

BruxZir Anterior (se recomienda brindar el color del muñon para restauraciones de menos de 1,5 mm de grosor)

CARACTERIZACIÓN OCLUSAL

- Ning. Claro*
- Medio Oscuro

DISEÑO DE PÓNTICO



SE ADJUNTA

- Impresiones Mordida Modelos
- Articulador Fotos
- Otros: _____

*Estándar salvo indicación contraria

TÉRMINOS E INFORMACIÓN DE GARANTÍA

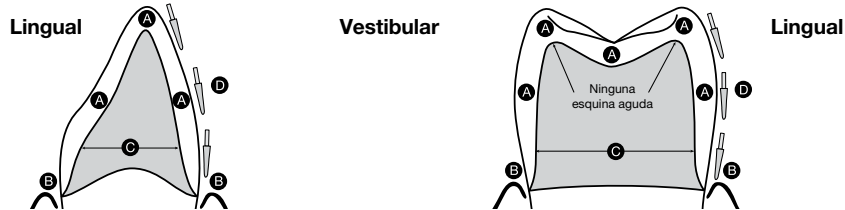
Todas las restauraciones son hechas en Chile.

Aceptamos la tarjetas de crédito VISA, MASTERCARD, AMEX y DISCOVER.

TÉRMINOS: Todas las cuentas se deben pagar dentro de los 15 días posteriores a la fecha de facturación. **A las cuentas que no se paguen dentro de los plazos establecidos se les realizarán trabajos únicamente de contado y se les aplicará un cargo por mora del 2 por ciento sobre el saldo no pagado.** Los precios pueden ser modificados sin previo aviso. Se debe adjuntar la prescripción con el envío del caso original.

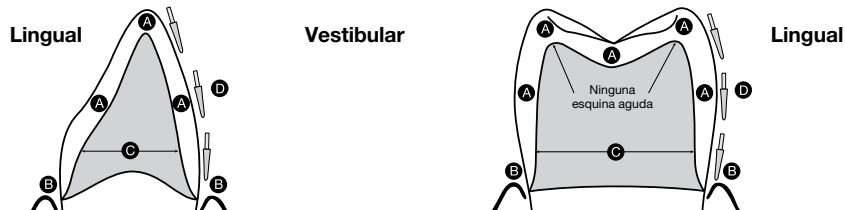
GARANTÍA LIMITADA/LIMITACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD. Glidewell México ("el laboratorio") garantiza que todos los dispositivos dentales ("dispositivo") se elaboran de conformidad con sus especificaciones y aprobación con el convencimiento de que el dispositivo será útil y NO OFRECE NINGUNA OTRA GARANTÍA, ENTRE ELLAS, CUALQUIER GARANTÍA IMPLÍCITA DE COMERCIABILIDAD O APTITUD PARA UN FIN DETERMINADO. Sujeto a la devolución de un dispositivo que presenta fallas una vez colocado, el laboratorio reparará o reemplazará el dispositivo sin cargo por el costo del material y la mano de obra o bien reintegrará el precio original pagado, a opción del laboratorio, según se indica a continuación: (1) pilares de implantes atornillados hasta 20 años (que incluye el reemplazo de un dispositivo fabricado por el laboratorio y fijado a dichos pilares que incluye un implante dental Inclusive® cónico de titanio a pedido sin cargo adicional); (2) prótesis de porcelana sobre metal, solo de porcelana, solo de metal tipo inlay, onlay de una sola pieza y corona definitiva de compuesto de resina, y coronas atornilladas y barras de implante, hasta siete años; (3) puentes de compuesto de resina (a excepción de los puentes Maryland e inlay/onlay) hasta cinco años, (4) placas y férulas termoformadas en el caso de que la falla se deba a defectos del material o la mano de obra, prótesis provisionarias, puentes de compuesto de resina Maryland e inlay/onlay hasta seis meses; (5) todos los demás dispositivos hasta 30 días si la falla se debe a defectos del material o la mano de obra. Esta garantía es exclusiva para su beneficio, no es transferible y no se extiende a los pacientes. Usted se compromete a pagar todos los demás costos de ajuste, reparación y reemplazo de un dispositivo. A excepción de lo prohibido expresamente por la ley, el laboratorio NO ASUME NINGUNA RESPONSABILIDAD POR LOS DAÑOS RELACIONADOS CON EL USO DE UN DISPOSITIVO, SEAN ESTOS DIRECTOS, INDIRECTOS, ESPECIALES, INCIDENTALES O CONSECUENTES, sea cual fuere la teoría invocada, entre ellas, de garantía, contractual, de negligencia o de responsabilidad estricta, y en los casos en que esta exención de responsabilidad no esté permitida por la ley, la duración de la garantía implícita se limita a 90 días contados a partir de la fecha de entrega. En caso de controversia y ante la imposibilidad de una solución amigable, las partes acuerdan renunciar a las demandas colectivas en favor de un arbitraje individual obligatorio de todos los reclamos que surjan respecto de esta garantía de conformidad con las leyes de México. El laboratorio no garantiza el desempeño de transportistas independientes.

Guías de Preparación para BruxZir® Anterior



- | | |
|--|---|
| <p>A. 1,25 mm reducción ideal (0,8 mm mínimo)</p> <p>B. Se prefiere márgenes chamfer o de hombro</p> <p>C. Paredes labial y lingual deben ser convergentes</p> <p>D. Preparación debe ser cortado en tres planos</p> | <p>A. 1,25 mm reducción ideal (0,8 mm mínimo)</p> <p>B. Se prefiere márgenes chamfer o de hombro</p> <p>C. Paredes bucal y lingual deben ser convergentes</p> <p>D. Preparación debe ser cortado en tres planos</p> |
|--|---|

Guías de Preparación para BruxZir® Full-Strength



- | | |
|---|--|
| <p>A. 1,0 mm reducción ideal (0,6 mm mínimo)</p> <p>B. Se prefiere márgenes chamfer o de hombro. Borde biselado aceptable</p> <p>C. Paredes labial y lingual deben ser convergentes</p> <p>D. Preparación debe ser cortado en tres planos</p> | <p>A. 1,0 mm reducción ideal (0,6 mm mínimo)</p> <p>B. Se prefiere márgenes chamfer o de hombro. Borde biselado aceptable</p> <p>C. Paredes bucal y lingual deben ser convergentes</p> <p>D. Preparación debe ser cortado en tres planos</p> |
|---|--|

TIEMPOS DE TRABAJO EN EL LABORATORIO

*Por favor permita el tiempo completo de trabajo para cada producto seleccionado. Los tiempos de trabajo **NO** están garantizados y **NO** incluyen fines de semana ni días festivos. Los servicios urgentes están disponibles para la mayoría de los productos pero deben ser preprogramados.*

- BruxZir Full-Strength**5 días
- BruxZir Anterior**5 días
- Férulas para bruxismo**3 días

Todos los casos urgentes deben ser preprogramados llamando al 01-800-212-9080 antes que el caso sea enviado. El tiempo de la recolección y entrega puede afectar el tiempo de trabajo en el laboratorio.



USO EXCLUSIVO DE GLIDEWELL LABORATORIES REGISTRO DE LLAMADA TELEFÓNICA

DR. _____ CTA. N.º _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____

RE: _____

RESULTADO _____

FECHA LÍMITE PARA ENTREGAR EN CONSULTORIO _____

FECHA DE LA LLAMADA _____ INICIALES _____