

Nombre del Dr. _____ Cta. N.º _____

Teléfono _____ Correo Electrónico _____

Dirección _____

Nombre del Paciente _____ Ciudad/Estado/Código Postal _____ Masculino Femenino

Primer Nombre _____ Apellido _____ Llamar antes de empezar el caso

Entregar antes de las 5 p.m. el día _____


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

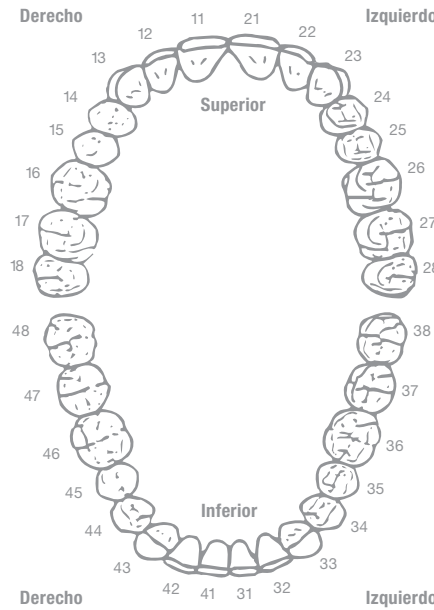
- BruxZir Full-Strength (1,150 MPa)**
- ¡NUEVO! BruxZir Esthetic (870 MPa)**



Firma _____

Licencia N.º _____ Fecha _____

DIENTE N.º	COLOR DEL DIENTE
<i>Indicar Aquí</i>	
COLOR DEL MUÑÓN	
<i>Indicar Aquí</i>	
<p>BruxZir Esthetic (se recomienda brindar el color del muñón para restauraciones de menos de 1.5 mm de grosor)</p>	
CARACTERIZACIÓN OCLUSAL	
<input type="checkbox"/> Ning. <input type="checkbox"/> Claro* <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Oscuro	
DISEÑO DE PÓNTICO	
	
*Estándar salvo indicación contraria	
SI NO HAY ESPACIO INTEROCCLUSAL	
<input type="checkbox"/> Llamar al doctor <input type="checkbox"/> Desgastar el antagonista <input type="checkbox"/> Agregar como preferencia	
SE ADJUNTA	
<input type="checkbox"/> Impresiones <input type="checkbox"/> Mordida <input type="checkbox"/> Modelos <input type="checkbox"/> Fotos <input type="checkbox"/> Otros: _____	
PROTECTOR BUCAL DEPORTIVO	
<input type="checkbox"/> Jr <input type="checkbox"/> Lt <input type="checkbox"/> Lt Pro <input type="checkbox"/> Med* <input type="checkbox"/> Hvy <input type="checkbox"/> Hvy Pro <input type="checkbox"/> Helmet strap	
Especificar color(es) en la prescripción	



FÉRULAS/GUARDAS DE MORDIDA

- Superior* Inferior

Opciones de color:

- Férula/Guarda para bruxismo dual (Rígida/Blanda)
 - Transparente* Azul Rosa
- Férula/Guarda para bruxismo (Rígida)
 - Transparente* Turquesa
- Férula/Guarda para bruxismo (Blanda)

TÉRMINOS E INFORMACIÓN DE GARANTÍA

Todas las restauraciones son hechas en México.

Aceptamos la tarjetas de crédito VISA, AMEX y MASTERCARD.

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 provisionales, 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.

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.

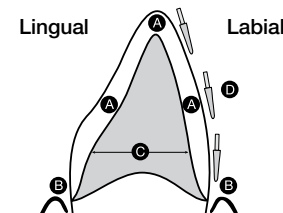
BruxZir Full-Strength..... 5 días en el laboratorio
¡NUEVO! BruxZir Esthetic 5 días en el laboratorio
Férula/Guarda 3 días en el laboratorio
Protector Bucal Deportivo 3 días en el laboratorio

Todos los casos urgentes deben ser preprogramados

llamando al **800-800-7075** antes que el caso sea enviado. El tiempo de la recolección y entrega puede afectar el tiempo de trabajo en el laboratorio.

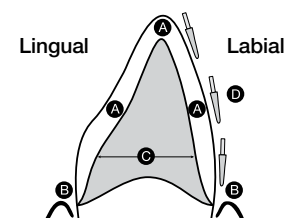
¡NUEVO!

Guías de Preparación para BruxZir Esthetic

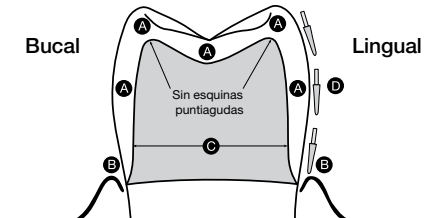


- A. 1.25 mm de reducción ideal (0.7 mm mínimo)
- B. Se prefieren los márgenes de Chamfer u Hombro
- C. Las paredes axiales deben ser convergentes (evitar socavaciones)
- D. La preparación se debe cortar en tres planos
- E. Para lograr una calidad de impresión óptima, la retracción gingival es necesaria para preparaciones con márgenes subgingivales o equigingivales

Guías de Preparación para BruxZir Full-Strength



- A. 1.0 mm de reducción ideal (0.5 mm mínimo)
- B. Se prefieren los márgenes de Chamfer u Hombro. Biselado OK
- C. Las paredes axiales deben ser convergentes (evitar socavaciones)
- D. La preparación se debe cortar en tres planos
- E. Para lograr una calidad de impresión óptima, la retracción gingival es necesaria para preparaciones con márgenes subgingivales o equigingivales



- A. 1.0 mm de reducción ideal (0.5 mm mínimo)
- B. Se prefieren los márgenes de Chamfer u Hombro. Biselado OK
- C. Las paredes axiales deben ser convergentes (evitar socavaciones)
- D. La preparación se debe cortar en tres planos
- E. Para lograr una calidad de impresión óptima, la retracción gingival es necesaria para preparaciones con márgenes subgingivales o equigingivales