

# CORONAS, CARILLAS Y PUENTES DENTALES

Orden de Trabajo de Laboratorio

## INFORMACIÓN OBLIGATORIA

Nombre del Doctor \_\_\_\_\_  
Apellidos Nombres

Clínica \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

No. de Paciente \_\_\_\_\_  M  F Edad \_\_\_\_\_

Fecha Recepción \_\_\_\_\_ Fecha Entrega \_\_\_\_\_

Los tiempos de trabajo se toman a partir de la recepción de información en A1 Dental Lab. Considere 3 A 5 días hábiles de trabajo y 8 días hábiles para casos complejos.

## INSTRUCCIONES DEL CASO

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	

### Libre de Metal

- Zirconio Sólido (no recomendado para anteriores)
- Zirconio en capas
- Translúcidos (puente máx. 3 unidades)
- Zirconio Sólido lingual con Porcelana
- Porcelana IPS e.Max® (puente máx. 3 unidades)
- Disilicato de Litio
- Corona compuesta

### Full Cast

- Full cast Yellow HN gold
- Full cast Yellow noble (2% AU)
- Full cast White HN
- Full cast Semi-precious
- Full cast Non precious

### Otos

- Encerado
- Clear stent
- Putty matrix
- Temporal
- Temporal PMMA

### Regresar por

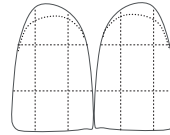
- Terminado
- Rebaja
- Bisque
- Prueba de metal

### Restauración

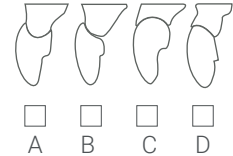
- Corona
- Puente
- Carilla s/ prep.
- Carilla
- Inlay/Onlay
- Implante
- Post & Core
- Encerado
- Apoyos y descansos (especificar) \_\_\_\_\_
- Corona bajo parcial (especificar) \_\_\_\_\_

## DISEÑO DE CORONA

### Caracterizaciones



### Diseño Póntico



Color de Diente (Obligatorio) \_\_\_\_\_ Guía de color usada (Obligatorio) \_\_\_\_\_

Color de Dentina (Obligatorio para e.Max) \_\_\_\_\_ Color de Encías (Obligatorio para e.Max) \_\_\_\_\_

### Espacio Insuficiente

- Reducción opuestos
- Llamar a doctor
- Metal oclusal
- Espacio adicional  Resina  Metal
- Isla de Metal
- Trim prep no coping

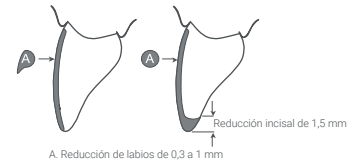
### Contacto Oclusal

- Ligero
- Abierto
- Ajustado

### Contacto Interproximal

- Ligero
- Medio
- Fuerte

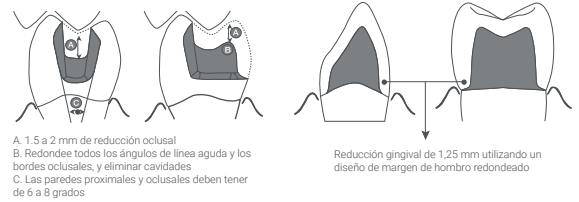
### CERÁMICOS / CARILLAS COMPUESTAS



### INLAY

### ONLAY

### CERÁMICOS / CORONAS COMPUESTAS



## INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

Proporcione fotos, modelos de estudio y/o modelos de diagnóstico con el caso, adjunte los archivos con esta orden de trabajo en nuestra [página de contacto](#) ó mándelos a: [enviar.caso@a1lab.mx](mailto:enviar.caso@a1lab.mx)

\*\* La persona que firma este formulario está autorizada y, junto con el consultorio dental, acepta la responsabilidad del pago de todos los cargos relacionados, así como de los costos legales, el cobro y otros cargos incurridos por A1 Dental Lab en caso de que la cuenta se envíe a cobranzas o litigios.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Dentista\*\* \_\_\_\_\_  
(Requerimiento de Ley)

Cédula Profesional \_\_\_\_\_  
(Requerimiento por Ley)

# PROTESIS REMOVIBLE

Orden de Trabajo de Laboratorio

## INFORMACIÓN OBLIGATORIA

Nombre del Doctor \_\_\_\_\_  
Apellidos Nombres

Clínica \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

No. de Paciente \_\_\_\_\_  M  F Edad \_\_\_\_\_

Fecha Recepción \_\_\_\_\_ Fecha Entrega \_\_\_\_\_

Los tiempos de trabajo se toman a partir de la recepción de información en A1 Dental Lab. Considere 5 días hábiles de trabajo y 8 días hábiles para casos complejos.

- Dientes a extraer del modelo ahora
- Los dientes serán removidos del modelo al final del proceso

## EXTRACCIONES

Marque los dientes que serán extraídos y reemplazados

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## DISEÑO DE CASO

- Seguir el diseño del doctor
- Mejor diseño para ajuste y función

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Color de Acrílico (Obligatorio)

- Lucitone 199
- Light Meharry
- Light Pink (Luc 199L)
- Meharry (Luc 199D)

Color de Diente \_\_\_\_\_ Molde de diente No. \_\_\_\_\_  
(Obligatorio)

Guía de Color usada \_\_\_\_\_

## DENTADURAS

- Superior
- Inferior
- Ambas
- Prueba
- Inmediata
- Dentadura Quirúrgica
- terminada
- Malla de Metal
- Refuerzo alambre

## PARCIALES

- Superior
- Inferior
- Ambas
- Personalizada
- Base Plate
- Bite Rim
- Set-up / Prueba
- Terminada

### Base de material (no metálico)

- Acrílico (Parcial)
- CustomFlex (Parcial)
- Valplast (Parcial)
- Inmediata / Quirúrgica

### Tooth Type

- Elite
- Premier
- CustomFlex (Parcial)

### Diseño

- Horseshoe palate (upper)
- A-P strap
- Lingual bar (lower)
- Lingual apron (lower)
- Wrought wire clasps (2)
- Ball clasps
- Cosmetic clasp
- Unilateral (nesbit)

## PARCIALES

- Superior
- Inferior
- Suave
- Dura (clear acrylic)
- FlexiGuard™ (hard-soft)\*
- Astron thermoguard
- Sports guard Level \_\_\_\_\_
- dreamTAP® snore guard
- Deprogrammer mini
- Deprogrammer full
- No opposing

## OTROS

- Superior
- Reline
- Inferior
- Rebase
- Repair
- Soft liner
- Add clasp \_\_\_\_\_  
(clasp type)

## INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

Proporcione fotos, modelos de estudio y/o modelos de diagnóstico con el caso, adjunte los archivos con esta orden de trabajo en nuestra [página de contacto](#) ó mándelos a: [enviar.caso@a1lab.mx](mailto:enviar.caso@a1lab.mx)

\*\* La persona que firma este formulario está autorizada y, junto con el consultorio dental, acepta la responsabilidad del pago de todos los cargos relacionados, así como de los costos legales, el cobro y otros cargos incurridos por A1 Dental Lab en caso de que la cuenta se envíe a cobranzas o litigios.

---

---

---

---

Firma del Dentista \*\* \_\_\_\_\_  
(Requerimiento por Ley)

Cédula Profesional \_\_\_\_\_  
(Requerimiento por Ley)

## INFORMACIÓN OBLIGATORIA

Nombre del Doctor \_\_\_\_\_  
Apellidos Nombres

Clínica \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

No. de Paciente \_\_\_\_\_  M  F Edad \_\_\_\_\_

Fecha Recibido \_\_\_\_\_ Fecha Entrega \_\_\_\_\_

Los tiempos de trabajo se toman a partir de la recepción de información en A1 Dental Lab. Considere 5 días hábiles de trabajo y 8 días hábiles para casos complejos.

## TIPO DE ABUTMENT CEMENTADO

- Abutment de Titanio  Abutment de Zirconio

### Diseño

- L - 0.5 mm  
 B - 1 mm  
 D - 0.5 mm  
 M - 0.5 mm

### Emergence Profile



- Seguir Tejido (sin expansión)  Diseño de Contorno (expandir tejido por 0,5 mm)  Anatómico (expandir completamente tejido)

## SCREW RETAINED

- Screw retained - cambiar a cement retained si no es posible  Screw retained - continuar independientemente de la posición del orificio de acceso

- Zirconio Sólido (posterior default)  
 Solid Lingual (Anterior default)  
 Full cast crown

### Emergence Profile

- Empujar el tejido 0.5 mm  Diseño Anatómico  
 Ridge lap on buccal

### Implante

Tipo \_\_\_\_\_

Diámetro \_\_\_\_\_

### Se debe Incluir

- Lab analog  
 Impression coping  
 Abutment  
 Otros

## INSTRUCCIONES DEL CASO

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Metal

- White HN  
 Yellow HN  
 Semi-precious  
 Non-precious

### Zirconia / All Ceramic

- Zirconio Sólido  
 Zirconio en capas  
 IPS e.Max  
 Crystal Ultra / TriLor  
 LiSi Pekkton

### Restauración

- Corona  
 Puente  
 Arco

### Regresar para

- Due trim  
 Bisque  
 Prueba de Metal  
 Terminado

## DISEÑO DE CORONA

### Espacio Insuficiente

- Trim opposing  
 Llamar a Doctor  
 Metal oclusal  
 Espacio Adicional  
 Resina  Metal  
 Isla de Metal

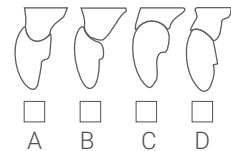
### Espacio Oclusal

- Ligero  
 Abierto  
 Ajustado

### Contacto

- Ligero  
 Medio  
 Fuerte

### Diseño Póntico



Tooth Shade \_\_\_\_\_  
 (Required)

## INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

Proporcione fotos, modelos de estudio y/o modelos de diagnóstico con el caso, adjunte los archivos con esta orden de trabajo en nuestra [página de contacto](#) ó mándelos a: [enviar.caso@a1lab.mx](mailto:enviar.caso@a1lab.mx)

\*\* La persona que firma este formulario está autorizada y, junto con el consultorio dental, acepta la responsabilidad del pago de todos los cargos relacionados, así como de los costos legales, el cobro y otros cargos incurridos por A1 Dental Lab en caso de que la cuenta se envíe a cobranzas o litigios.

---



---



---



---

Firma del Dentista \*\* \_\_\_\_\_  
 (Requerimiento por Ley)

Cédula Profesional \_\_\_\_\_  
 (Requerimiento por Ley)