**ALINEAMAX**

 **ORDEN DE LABORATORIO**

 **Orden N\*…………………..**

Paciente: ………………………………………………………………………………………………….

Fecha de Nacimiento: …………………………………. Fecha de envío: ……………………

Doctor: ……………………………………………………………………………………………………..

Dirección: ……………………………………………………Prov.……………………………Localidad…………..

Teléfono Fijo: ………………………………… Celular: ……………………………………

Indicar los movimientos a realizar. Aclarar intrusión/extrusión/inclinación o torque + o - etc….

Pedido de stripping: si – no

Hacer fichado para saber obturaciones, coronas, etc

Aclarar colocación de elementos auxiliares como attachments….

 Observaciones:



Recuerde que de no enviar el escaneado intraoral de la boca del paciente, el envío del modelo de yeso deben estar en perfecto estado sin poro ni roturas y bien copiadas todas las superficies.

Pedido: ……………………………………………………………………………………………………………………………….

 Firma y aclaración: ……………………………………………