

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Número de cuenta: _____
Doctor: _____
Licencia de colegiado: _____
Dirección de entrega del caso: _____
Número de clínica: _____
Número telefónico personal: _____
Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL CASO

Fecha de envío: _____
Nombre del paciente: _____ Apellido: _____
Edad: _____ Sexo: _____
Fecha de prueba: _____ Hora: _____
(metal, estética, biscocho, etc) _____
Fecha de cita final: _____ Hora: _____

CORONAS Y PUENTES

Materiales

- ☐ Circonio *
☐ IPS e.max
☐ Porcelana - Circonio
☐ PMMA
☐ Porcelana - No precioso
☐ Porcelana - Semi precioso
☐ Full Metal Semi precioso -blanco
☐ Full Metal Semi precioso -amarillo

Oclusión

- ☐ De ser necesario desgastar antagonista
☐ Aumentar dimensión vertical ____ mm
☐ Sobre mordida vertical ____ mm
☐ Sobre mordida horizontal ____ mm
☐ Ajustar preparación con cofia de reducción *

Diseño de estructura

- ☐ Recubrimiento total en porcelana*
☐ Frente estético

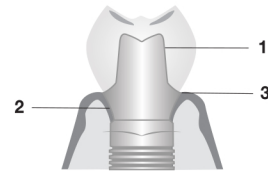
Ponticos



ACABADO FINAL

- ☐ Línea Artistry
* Favor especifique la caracterización que desea _____

PILARES PERSONALIZADOS



1- Angulación de paredes de abutment

- ☐ 0 grados ☐ 1 grado
☐ 2 grados ☐ 3 grados
_____ grados

2- Perfil de emergencia

- ☐ Concavo* ☐ Recto ☐ Convexo

3- Altura del margen

Vestibular ____ mm Palatino ____ mm
*Vestibular de 1.5 a 2 mm *Palatino a nivel del tejido

Contorno gingival

- ☐ Mantener contorno gingival ☐ Generar contorno anatómico- gingival*

4- Material

- ☐ Ti ☐ CrCo ☐ Híbrido Ti-Zr

DISEÑO DE BARRA HÍBRIDA (Acrílico - Titanio)

Tipo de estructura

Wraparound

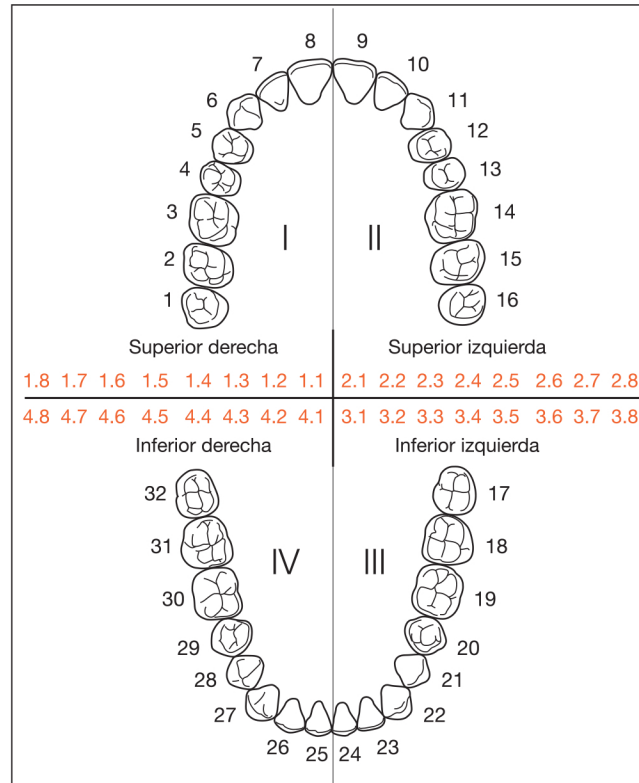
- ☐ Rectangular ☐ Elipse horizontal
☐ Elipse vertical ☐ Primary
☐ Híbrida#1 ☐ Híbrida#2 ☐ Hader

MATERIAL ADJUNTO:

Se recomienda adjuntar modelos de estudio y fotografías en los casos que involucren sector anterior.

- ☐ Impresiones ☐ Modelos ☐ Registro de mordidas ☐ Fotografías ☐ Otros _____

* Opciones marcadas con asteriscos se toman como predeterminadas por P.O.D. de no existir selección que indique lo contrario.



INSTRUCCIONES ESPECIALES:

- ☐ Favor de llamarme antes de proceder con el caso.

Color del Muñón: _____

Marca Implante: _____

Plataforma Implante: _____

Firma: _____

SUPERESTRUCTURAS Y PUENTES HÍBRIDOS ATORNILLADOS

- ☐ CrCo ☐ Zr-Ti-base* ☐ PMMA-Ti-base ☐ PMMA-Ti-base

Espacio entre encía y barra ☐ 1.5 mm* ☐ 2 mm

_____ mm

Agregar retención ☐ Si ☐ No*

Forma ☐ Contorno de encía* ☐ Recta

Agrega altura _____ mm

RESTAURACIONES ATORNILLADAS

- ☐ CrCo (Full contorno) ☐ Ti base*
☐ Ti (Full contorno) ☐ IPS e.max
☐ PMMA
☐ Zr Full Contorno*
☐ Porcelana Zr

INFORMACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO

NOMBRE COMPLETO: _____

DIRECCIÓN: _____

CÓDIGO ZIP: _____

MÉTODO DE PAGO:  ☐ Visa  ☐ Master Card  ☐ Discover

NÚMERO DE TARJETA DE CRÉDITO: _____

FECHA DE VENCIMIENTO: _____

CÓDIGO DE SEGURIDAD DE TARJETA DE CRÉDITO: _____

HORARIO

El horario de Preferred Oral Designs es de Lunes a Viernes, 6:30am a 4:00pm
(8:30 am a 6:00pm U.S hora del Este)

STANDARD: ☐ 7-10 DÍAS HÁBILES

EMERGENCIA: ☐ EMERGENCIA: 4-6 días hábiles (\$15 adicionales por unidad)
* no aplica para todos los productos por igual.

Nota: Los tiempos mostrados no incluyen los tiempos de transporte. La hora de corte para recepción del case en Preferred Oral Designs es 12:00 m.d. Combinaciones de casos pueden requerir mayor cantidad de tiempo, por favor llamar para más detalles.

*Tiempos de entrega no estan garantizados, pueden variar debido a: ubicación geográfica del Cliente, falta de información en la Prescripción Médica (Rx), falta de cumplimiento de los protocolos de ingreso del caso al laboratorio de acuerdo al producto a manufacturar, entre otras razones.

USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO

Fecha de caso recibido: _____

VERIFICACIÓN DE IMPRESIÓN

Aprobada en: _____ Rechazada en: _____

Llamada al doctor en: _____ Por: _____

CONSULTAS AL ODONTÓLOGO ☐ NO ☐ SI

Consulta realizada en: _____ Por: _____

DISEÑO DIGITAL REQUERIDO: ☐ NO ☐ SI

Aprobado en: _____

VERIFICACIÓN DE UNIDADES: _____ Por: _____

TERMINACIONES: _____ Por: _____

*Todos los precios de la lista están en dólares (\$), el precio del dólar puede cambiar sin previo aviso. IPS e-max es una marca registrada de Ivoclar Vivadent. 10001 9/14

TÉRMINOS Y CONDICIONES

PEDIDOS

Primero. Para brindarle un excelente servicio personalizado, por favor verifique que este pidiendo la cantidad, color (tonos), y material en que desea su producto.

Segundo. Si nuestro laboratorio comete un error o si su pedido fue inexacto, haremos todo lo que este dentro de nuestros alcances para reparar este lo antes posible.

Tercero. Todas las órdenes están sujetas a las salidas (envíos) y cargos del producto.

Cuarto. Casos de urgencia o casos que requieran condiciones especiales podrían estar sujetos a cargos adicionales.

Quinto. Al recibir cualquier trabajo con impresiones, modelos defectuosos o preparaciones que no cumplan con los requerimientos mínimamente establecidos, el laboratorio se reserva el derecho de aceptarlo, a menos que, el Odontólogo confirme y autorice su elaboración por escrito. Bajo ningún concepto, estos casos gozarán de la garantía indicada en la condición anterior y deberán cancelarse por adelantado para iniciar la confección del mismo.

PASAJE DE TÍTULO. INSPECCIÓN DE PRODUCTO PAGO CONSECUENCIAS DE NO PAGO Y RESOLUCIONES.

Sexto. Los títulos de los productos son retenidos por el Vendedor hasta que estos sean recibidos por el Comprador.

Séptimo. Cualquier daño que ocurra a los productos entre el tiempo de envío hasta que estos sean recibidos por el Comprador son responsabilidad del Vendedor. Una vez que el producto sea recibido por el Comprador, el título pasa al Comprador y el Comprador acepta completa responsabilidad por cualquier daño que ocurra al producto de este punto en adelante.

Octavo. El comprador debe revisar el producto antes de aceptarlo. El producto se toma como aceptado si este se usa en cualquier forma, incluyendo colocar el producto en la boca del paciente o haciendo modificaciones a este. Si usted no informa a Preferred Oral Designs el rechazo del producto y no regresa este al laboratorio en 15 días hábiles después de recibido el producto, dicho producto se entenderá por aceptado Noveno. El pago de los productos ordenados se procesará mediante tarjeta de crédito en el momento que sean enviados.

Décimo. Si el comprador no canceló el dinero a tiempo, el Vendedor tiene el derecho de buscar las indemnizaciones conforme a la Ley, incluyendo daños monetarios e intereses correspondientes.

Décimo Segundo. Para todas las restauraciones de Preferred Oral Designs, excluyendo los productos varios (Ajuste a parcial, apoyos, enkerado diagnóstico). Preferred Oral Designs ofrece una garantía obligatoria con respecto a las restauraciones originales, para una restauración particular limitada a una unidad el tiempo para reemplazar esta restauración son 5 años y cubre cualquier defecto en el material de manufactura.

Décimo Tercero. Los límites de garantías son desde la fecha que se recibió el producto entre Preferred Oral Designs y el Doctor. No habrá cargos para la garantía de trabajo por los primeros 90 días del periodo de garantía. Después de los 90 días, se deberán pagar \$35 de envío. (Dependiendo de los precios de envío del momento).

Décimo Cuarto. Esta garantía limitada es en lugar de cualquier otra garantía aplicada y esta no tendrá validez si el producto se usa de manera incorrecta.

Décima Quinto. No hay garantías aplicadas a productos si se realiza algún ajuste para un objetivo en particular u otro.

Décima Sexto. Antes de utilizar el producto usted debe estar de acuerdo y es su responsabilidad determinar si dicho producto cumple con los requerimientos solicitados y usted asumirá el riesgo asociado si el producto no se puede usar.

CONTÁCTENOS

Preferred Oral Designs, horario de atención es de Lunes a Viernes 6:30 am a 4:00 pm

Teléfono: (506) 4032-4100



www.preferredoraldesigns.com | (506) 4032-4100