

Formulario de revisión de casos

Le recomendamos que solicite las revisiones en dr.clearcorrect.com. Si lo hace así, no necesita este formulario.

Este formulario está pensado únicamente para el uso en situaciones especiales. (Por ejemplo, si se han recibido los materiales sin una solicitud de revisión).

INFORMACIÓN BÁSICA

Número de caso _____

Nombre del odontólogo _____

Nombre del paciente _____

ARCADA SUPERIOR

Paso actual _____

Usar

- Modelo existente
- Impresión de PVS
- 3M True Definition
- Escáner de modelos 3Shape
- Carestream
- iTero
- Lythos
- Motion View
- PlanScan
- CEREC
- TRIOS

ARCADA INFERIOR

Paso actual _____

Usar

- Modelo existente
- Impresión de PVS
- 3M True Definition
- Escáner de modelos 3Shape
- Carestream
- iTero
- Lythos
- Motion View
- PlanScan
- CEREC
- TRIOS

INSTRUCCIONES

Al revisar este caso, acepta los precios, términos y condiciones actuales de ClearCorrect.

Firma del odontólogo _____

Fecha _____