C/ Beato de Liebana 12, Local - 39007 Santander - Tfno Fax 942 231 236
C/ Costa Rica nº 3, Bl 4, Loc 1 Int - 35010 Las Palmas de G.C. - Tfno Fax 928 272 686

# SERVICIO DE CEMENTADO LINGUAL

**DOCTOR:**

**DIRECCION:**

**CIUDAD :** _____

**C.P./ :** _____ **PAIS :** _____

**TEL:** _____**FAX:**_____

**NOMBRE DEL PACIENTE:**

**FECHA DE ENVIO :**

**FECHA DE ENTREGA :**

**INDICAR FORMA PREFERENTE DE REEMBOLSO:**

**NUESTRA PRESCRIPCION RECOMENDADA:**

**CLASE ESQUELETICA** I II III

**TIPO DE ANCLAJE.**

A. Max A. Mod.

**BIOTIPO**

**¿DESEA TENER EL DISEÑO DEL ARCO IDEAL?**

☐ **SI** ☐ **NO**

**ARCO LINGUAL**:

**INICIAL**---------- **PROGRESO**---------- **FINAL**----------

**SU PRESCRIPCION:**

**POR FAVOR, RELLENE EL SIGUIENTE CUADRO.**

| | VALOR STANDARD | | | VARIACIÓN | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **TQ** | **ANG** | **ALT** | **TQ** | **ANG** | **ALT** |
| 1/1 | 12 | 5 | X | …… | | |
| 2/2 | 8 | 9 | X-5 | …… | | |
| 3/3 | -2 | 13 | X+5 | …… | | |
| 54/45 | -7 | 0 | X | …… | | |
| 76/67 | -10 | 0 | X | ..…… | | |
| 21/12 | -1 | 0 | X | …….. | | |
| 3/3 | -11 | 7 | X+5 | …….. | | |
| 4/4 | -17 | 0 | X | …… | | |
| 5/5 | -22 | 0 | X | …… | | |
| 6/6 | -22 | 0 | X | …… | | |
| 7/7 | -27 | 0 | X | …… | | |

**SISTEMA DE POSICIONADO DE BRACKETS LINGUALES**

☐ **3X3 CLASS Set-Up SUP.** ☐ **3X3 CLASS Set-Up INF.**

☐ **CLASS Set-Up SUP.** ☐ **CLASS Set-Up INF.**

☐ **TARG-OPP SUP.** ☐ **TARG-OPP INF.**

**B:** Bracket.
**A:** Ausente / Missing.
**X:** Extracción / Extraction.
**T:** Tubo terminal / Terminal tube.
**HC:** Hinge cap.
**BAN:** Banda / Band.

**ANCHO TRANSVERSAL DE LA ARCADA**

**Superior:** mantener_____ disminuir_____ ampliar_____ **Inferior:** mantener_____ disminuir_____ ampliar_____

**PLANO OCLUSAL** **OVERBITE** **OVERJET** .

Plano_____Curva de Spee_____Como se presenta_____. Como se presenta_____

PIEZAS A EXTRAER_____ Reducir en mm. _____

ROTACIONES EXTRA EN PIEZAS_____ Aumentar en mm._____

INDICAR STRIPPING _____

**INSTRUCCIONES ESPECIALES :**