

**ENVÍO DE DOCUMENTOS DEL PACIENTE**

Fecha de envío: \_\_\_\_\_

Doctor:

Nombre Apellidos Teléfono

Paciente:

Nombre Apellidos Teléfono

**Por favor, indique a continuación si los documentos del paciente se adjuntan o se han enviado electrónicamente (por Internet)**

Documentos del Paciente      Incluidos en la caja      Enviados por Internet

- |                           |                          |                          |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Impresión superior     | <input type="checkbox"/> |                          |
| 2. Impresión inferior     | <input type="checkbox"/> |                          |
| 3. Registro de mordida    | <input type="checkbox"/> |                          |
| 4. Radiografías           |                          |                          |
| Radiografía panorámica    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Radiografía cefalométrica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Radiografías intraorales  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Fotografías            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**¡LAS IMPRESIONES Y EL REGISTRO DE MORDIDA SE TIENEN QUE DESINFECTAR ADECUADAMENTE!**

**Para enviar su pedido, por favor, ¡asegúrese de que ha incluido todos los documentos en la caja o de que los ha enviado electrónicamente!**

**Orthocaps**

**An der Bewer 8 - 59069 Hamm, Alemania**

**Tel: +(49) 2385 / 9219-0 – Fax: +(49) 2385 / 9219-080**

**[www.orthocaps.com](http://www.orthocaps.com) - [info@orthocaps.com](mailto:info@orthocaps.com)**

**Correo electrónico: [orthocaps@ortodoncioplastica.com](mailto:orthocaps@ortodoncioplastica.com) Tlf: 6936 349 485**