

**CLÍNICA DE PRÓTESIS COMPLETA**

**FICHA DE REPARACIÓN**

|  |
| --- |
| ALUMNO: |
| NOMBRE DEL PACIENTE:  |
| H.C. Nº: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Prótesis | Superior  | Inferior  |  |
| Tipo de prótesis | Completa | Parcial |  |
| Antigüedad de la prótesis |  |  |  |
| Tipo de fractura | Simple | Compleja |  |
| Impresión de arrastre | SI | NO |  |
| Agregado de elementos | SI | NO | Número: |
| Agregado de retenedores | SI | NO | Número: |
| Tipo de retenedor |  | Ubicación |  |
| Material utilizado | A. Autocurable | 1. Termocurable.
 |  |



|  |  |
| --- | --- |
| Fecha autorizado: | Fecha aprobado: |
| Firma Docente: | Firma Docente: |
| Aclaración: | Aclaración: |



**CLÍNICA DE PRÓTESIS COMPLETA**

**FICHA DE REBASADO**

|  |
| --- |
| ALUMNO: |
| NOMBRE DEL PACIENTE:  |
| H.C. Nº: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Prótesis | Superior  | Inferior  |
| Tipo de prótesis | Completa | Parcial |
| Antigüedad de la prótesis |  |  |
| Posee soporte | SI | NO |
| Dimensión vertical | SI | NO |
| Relación céntrica | SI | NO |
| Plano de oclusión | SI | NO |
| Estado de la mucosa | Normal | Alterado |
| Técnica utilizada | Directa | Indirecta |
| Material utilizado | Acril. autopolimerizable | Acril. termopolimerizable |

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha autorizado: | Fecha aprobado: |
| Firma Docente: | Firma Docente: |
| Aclaración: | Aclaración: |

**ACONDICIONADO DE LA MUCOSA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Prótesis | Superior  | Inferior  |
| Tipo de prótesis | Completa | Parcial |
| Antigüedad de la prótesis |  |  |
| Patología que presenta la mucosa |  |  |
| Material utilizado |  |  |
| Recambio de material fecha: |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha autorizado: | Fecha aprobado:  |
| Firma Docente: | Firma Docente: |
| Aclaración: | Aclaración: |