



BUCALTEK

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ANÁLIS Y PLANIFICACIÓN CLÍNICA DE PROTECTOR BUCAL A MEDIDA BUCALTEK

Código de pedido recibido por email en su solicitud: _____

Fecha del pedido: _____ / _____ / _____ Código interno (opcional): _____

1. DATOS DE LA CLÍNICA SOLICITANTE

Nombre de la clínica: _____

Odontólogo responsable: _____

Email de contacto: _____ Teléfono de contacto: _____

Dirección de la clínica para envío del protector _____

DATOS DE FACTURACIÓN

Nombre o razón social: _____ CIF: _____

Domicilio social : _____

2. MODELO DE PROTECTOR BUCAL (Marcar una opción)

Junior – Pacientes menores de 14 años. Color _____

Core – Pacientes a partir de 14 años. Color _____

Ortho – Pacientes a partir de 14 años con bracketts. Color _____

Shield Color: Disponible exclusivamente en combinación de transparente anterior y azul oscuro posterior.

Shield Pro Color: Disponible exclusivamente en combinación de transparente anterior y azul oscuro posterior.

3. DEPORTE PRACTICADO

Deporte principal: _____

Nivel de práctica: Escolar Amateur Competición / Federado

4. ENVÍO DE REGISTROS DEL PACIENTE (Siempre deben incluir arcada superior e inferior, incluyendo tejidos blandos)

Modelos físicos de escayola o impresiones de silicona

5. AÑADIR PERSONALIZACIÓN (Por defecto el escudo de Bucaltek aparece en la zona anterior)

Escudo o logotipo personalizado en sector anterior (Necesario adjuntar archivo por e-mail a pedidos@bucaltek.com)

Nombre de pila del paciente Nombre _____

Dorsal. (Puede incluirse número de dorsal si participa en deporte de equipo. Irá emplazado en zona oclusal-Palatina de molares) Dorsal Nº: _____

6. DATOS DEL PACIENTE (SEUDONIMIZADOS - RGPD)

Iniciales del paciente: _____ Edad del paciente: _____ años

Por motivos de protección de datos, no debe incluirse el nombre completo del paciente ni otros datos identificativos.

7. CONSIDERACIONES CLÍNICAS RELEVANTES

Traumatismos previos

(Indicar dientes afectados, tipo de lesión y año del traumatismo)

Ej.: 11-21, luxación intrusiva, 2018

Otros comentarios clínicos relevantes (Dientes con raíces reabsorbidas parcialmente, o dientes con movilidad):

8. SITUACIÓN DENTAL ACTUAL

Tipo de dentición:

Dentición temporal Dentición mixta Dentición permanente

Ortodoncia:

Sin ortodoncia Ortodoncia fija Alineadores (retirables durante el uso del protector)

9. OBSERVACIONES ADICIONALES

10. DECLARACIÓN DE LA CLÍNICA

La clínica solicitante declara que los datos facilitados en este formulario se limitan a información clínica estrictamente necesaria para la fabricación del protector bucal y se encuentran seudonimizados, cumpliendo con la normativa vigente en materia de protección de datos (RGPD).

Firma y sello de la clínica:

Fecha: ____ / ____ / ____

DATOS PARA LA TRANSFERENCIA BANCARIA

ES47 2100 2745 7302 0044 2876

Titular: Endodoncia y Traumatología Dental SLP

DATOS DE ENVÍO DE MODELOS FÍSICOS DE ESCAYOLA O IMPRESIONES DE SILICONA:

Digital Dental Hub. Calle Fernández de los Ríos nº 93. Planta 0. Local 17. 28015, Madrid.