

**FORMULARIO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO**  
**FASE 2**

**Ortodoncista:** (Apellidos y Nombre) \_\_\_\_\_

**Paciente:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_ **Fecha Nac:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Arcada a realizar en la FASE 2:** ☐ Ambos ☐ Superior. ☐ Inferior

**1- Responda:**

- ¿El alineador que está usando el paciente, calza correctamente?

Superior: ☐ Si ☐ No

Inferior: ☐ Si ☐ No

- ¿Desea conservar el mismo plan de tratamiento que prescribió en la primera fase?

Superior: ☐ Si ☐ No

Inferior: ☐ Si ☐ No

**2- Si usted desea modificar el plan original, por favor indique las nuevas instrucciones y objetivos de tratamiento:**

<b>Superior</b> Diente _____ Diente _____ Diente _____ Diente _____	<b>Instrucciones</b> _____ _____ _____ _____
<b>Inferiores</b> Diente _____ Diente _____ Diente _____ Diente _____	<b>Instrucciones</b> _____ _____ _____ _____

**3- Instrucciones Especiales:** (Restauraciones, ataches, problemas periodontales, tratamientos previos)

**4- Indicaciones:** (indicaciones necesarias)

\_\_\_\_\_  
**Firma y sello del Ortodoncista**

**Fecha:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Este formulario constituye su prescripción final y completa para MagicAligner. El diagnóstico y prescripción es decisión y única responsabilidad del doctor que ordena este aparato, quien se responsabiliza del tratamiento y renuncia sobre cualquier reclamo contra MagicAligner y sus empleados en caso de que con MagicAligner no se consiga obtener el resultado esperado, ya sea solo o en combinación con otros aparatos