

	FORMATO	CÓDIGO: F-GF-07
	PRESCRIPCIÓN	EMISIÓN: 12/08/2026
		VERSIÓN: 01

Orden / N° prescripción 0000

Fecha de la prescripción

DD / MM / AAAA

Lugar

CAJA

Espacio exclusivo para el laboratorio

Identificación de la Institución prestadora de servicios / Profesional independiente
Nombre IPS / Profesional independiente:

Nit/CC: Código habilitación secretaria de salud:

Nombre dr que prescribe : Número de registro profesional:

Celular consultorio: Email:

Dirección:

Identificación del paciente
Nombre del paciente:

Tipo de identificación: C.C. T.I. C.E. OTRO: N°:

N° historia clínica: Género:

Identificación del DMSMB con sus características

Tipo de DMSMB: Prótesis fija Prótesis total Prótesis parcial
Ortodoncia Ortesis Trabajo sobre implantes otro:

Tipo de servicio: Elaboración Reparación

Toma de color
Color: Guía:

Fecha y hora estimadas para pruebas, si aplica.

Fecha y hora de prueba 1: Fecha y hora de prueba 2:

Fecha de entrega del DMSMB: (escriba la fecha en la que necesita el trabajo)

Nombre del DMSMB:

Autorizo realizar lo siguiente: prescripción e indicaciones clínicas y técnicas

Indicaciones que el odontólogo considere pertinentes a tener en cuenta para el diseño y elaboración del DMSMB (consideraciones anatómicas, fisiológicas, materiales a utilizar, etc.)

PIEZAS DENTALES / ZONA INVOLUCRADA															
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

La prescripción tendrá una vigencia de seis (6) meses contados a partir de la fecha de su emisión. Una vez vencido este período, será necesario obtener una nueva prescripción del DMSMB.

	FORMATO	CÓDIGO: F-GF-07
	PRESCRIPCIÓN	EMISIÓN: 12/08/2026
		VERSIÓN: 01

Firma odontólogo: _____

La prescripción tendrá una vigencia de seis (6) meses contados a partir de la fecha de su emisión. Una vez vencido este período, será necesario obtener una nueva prescripción del DMSMB.

	FORMATO	CÓDIGO: F-GF-07
	PRESCRIPCIÓN	EMISIÓN: 12/08/2026
		VERSIÓN: 01

Espacio exclusivo para el laboratorio

Visto bueno director técnico:

Criterio	Cumple	No cumple
Identificación del paciente	☐	☐
Identificación del odontólogo	☐	☐
Firma del odontólogo	☐	☐
Fecha de prescripción	☐	☐
Identificación del DMSMB	☐	☐
Prescripción vigente	☐	☐
Viabilidad técnica	☐	☐

Resultado de revisión:

- ☐ Aceptada
- ☐ Pendiente de aclaración
- ☐ No aceptada

Observaciones:

Firma _____

Indicaciones de seguimiento por el prescriptor (si aplica)

Fecha:

Firma _____

La prescripción tendrá una vigencia de seis (6) meses contados a partir de la fecha de su emisión. Una vez vencido este período, será necesario obtener una nueva prescripción del DMSMB.