

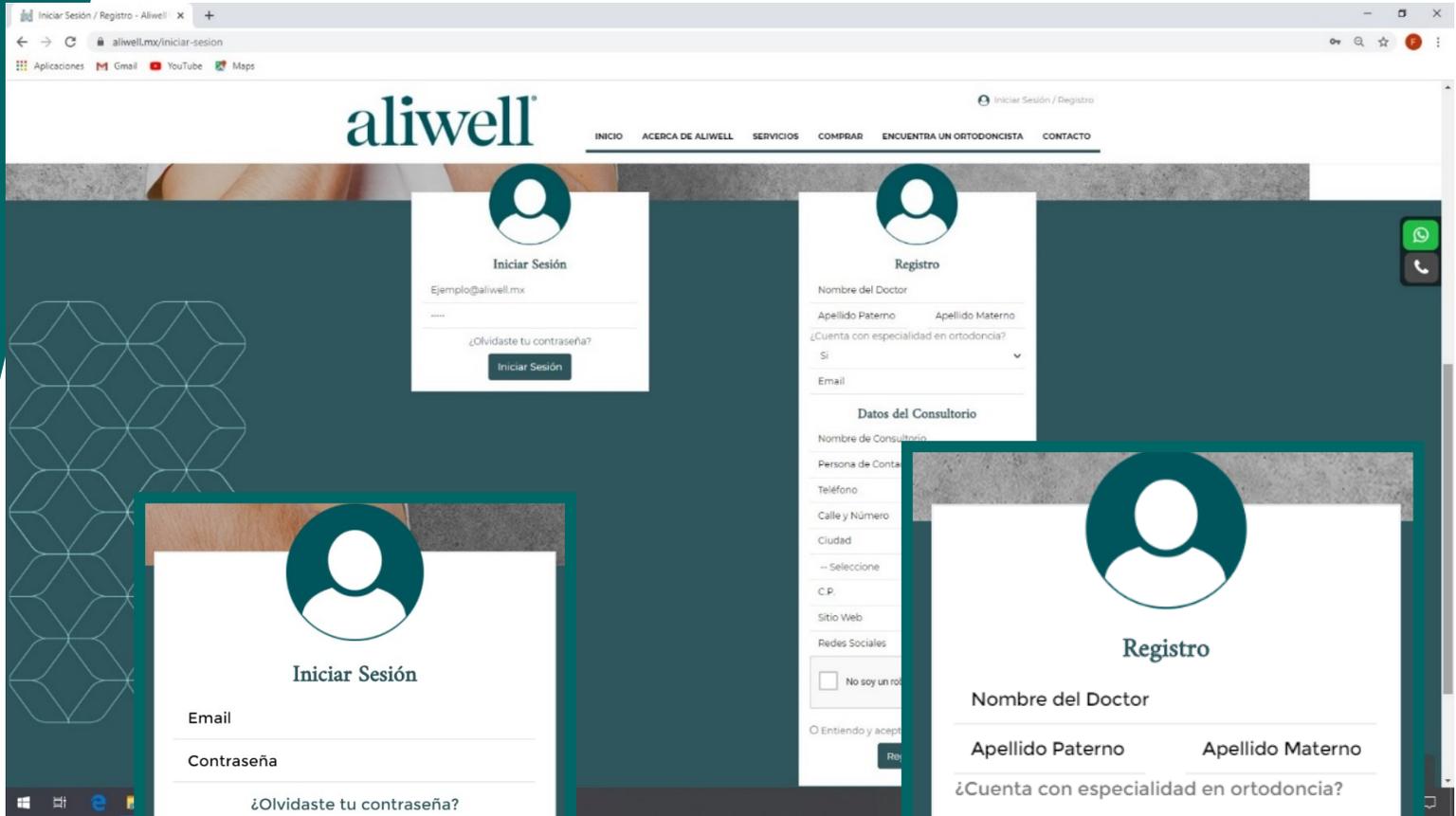
1 Iniciar Sesión y Registro

Ingresa a <https://www.aliwell.mx/index> para iniciar sesión.



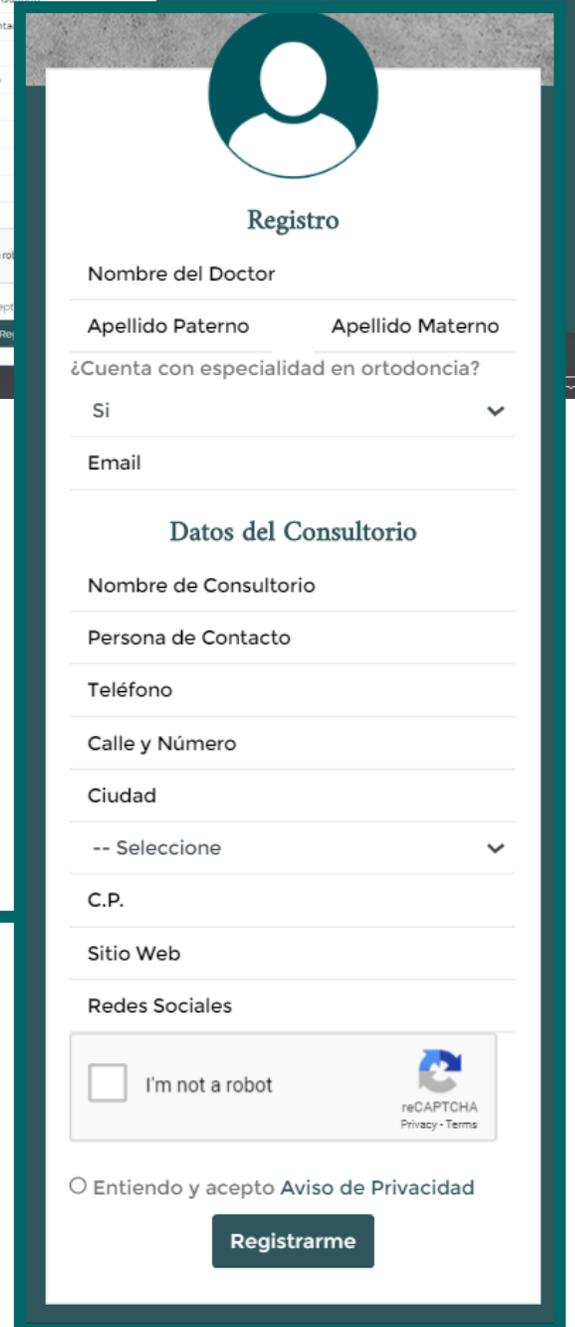
Hacer “click” en iniciar sesión

 Iniciar Sesión / Registro



Si ya tiene una cuenta, inicie sesión, con su email y contraseña de **Aliwell®**

Para registrarse, llene sus datos. Después le llegará la contraseña para iniciar sesión.



Hola Dr.
50 alineadores disponibles.
1 Set up disponibles.

- Tienda >
- Casos >
- Datos generales >
- Mis compras >
- Mis accesos >
- Cerrar sesión >

Crear Caso

Nombre del paciente *

Edad del paciente *

Envío de Modelos *

-- Seleccione --

Fotografías intraorales Frontal

Ningún archivo seleccionado

Fotografías intraorales Lateral Izquierda

Ningún archivo seleccionado

Fotografías intraorales Lateral Derecha

Ningún archivo seleccionado

Fotografías intraorales Superior

Ningún archivo seleccionado

Fotografías intraorales Inferior

Ningún archivo seleccionado

Composite

Ningún archivo seleccionado

Fotos extraorales

Ningún archivo seleccionado

Radiografía Panorámica

Ningún archivo seleccionado

Radiografía lateral de cráneo

Ningún archivo seleccionado

Crear Caso

Nombre del paciente *

Edad del paciente *

Envío de Modelos *

-- Seleccione --

Fotografías intraorales Frontal

Ningún archivo seleccionado

Fotografías intraorales Lateral Izquierda

Ningún archivo seleccionado

Fotografías intraorales Lateral Derecha

Ningún archivo seleccionado

Fotografías intraorales Superior

Ningún archivo seleccionado

Fotografías intraorales Inferior

Ningún archivo seleccionado





Composite

Ningún archivo seleccionado

Fotos extraorales

Ningún archivo seleccionado

Radiografía Panorámica

Ningún archivo seleccionado

Radiografía lateral de cráneo

Ningún archivo seleccionado



Información Indispensable: Radiografía Panorámica, fotografías intraorales.

Nota: Entre más información sea proporcionada, mejor se puede atender el caso de acuerdo a su criterio profesional.

3 Indicaciones de Prescripción para

1. Envío de Modelos *

Digital (STL) ▾

Carga tu archivo .STL

Seleccionar archivo Ningún archivo seleccionado

Seleccionar archivo Ningún archivo seleccionado

Si desea enviar el caso como archivo. STL, hacer “click” en “seleccionar archivo”. Adjuntar el archivo de la **Arcada Superior** en el recuadro de arriba, y la **Arcada Inferior** en el recuadro de abajo.

Si desea enviar el caso como modelos de yeso, por favor llene la información, y **nosotros** nos encargaremos de la recolección.

1. Envío de Modelos *

Yeso ▾

Cuando se tengan los modelos de yeso del paciente listos y empacados favor de llenar la siguiente información. Nosotros programaremos la recolección.

Nombre de Consultorio

Persona de Contacto

Teléfono

Calle y Número

Ciudad

Estado

C.P.

2. Setup Digital *

Ambas ▼

3. Movimiento Dental *

Superior

Mover Sin Restricciones

Inferior

Si ▼

Si ▼

No ▼

Solo Anteriores (3-3)

No ▼

Si ▼

Mantener oclusión posterior

Si ▼

No Mover dientes especificados abajo

1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
<input type="checkbox"/>															
<input type="checkbox"/>															
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8

4. Como Resolver Apiñamiento/Espacio. *

Superior

Inferior

Si ▼

Expansión dental posterior

Si ▼

Modificar ▼

Distancia intercanina

Modificar ▼

Mantener ▼

Dientes anteriores

Mantener ▼

Si ▼

Pulido interproximal anterior

Si ▼

Si ▼

Pulido interproximal posterior

Si ▼

Observaciones

5. Relación Anteroposterior *

OVERJET

Izquierda

Derecha

Si ▼

Mantener relación AP canino y molar

Si ▼

I ▼

Mover a relación canina

I ▼

I ▼

Mover a relación molar

I ▼

-- Seleccione -- ▼

Elásticos Intermaxilares

-- Seleccione -- ▼

-- Seleccione -- ▼

Distalización

-- Seleccione -- ▼

Opciones de corrección adicionales

Simulación Quirúrgica

Anclaje Esquelético

Extracciones Dentales *

1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
<input type="checkbox"/>															
<input type="checkbox"/>															
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8

6. Líneas Medias *

Superior

Si

Mantener

Mover a la Derecha (mm)

Mover a la Izquierda (mm)

Inferior

No

3

Anclas Dentales?

Si

7. Dimensión Vertical *

Superior

Si

Mantener

Si

Extruir Anteriores

No

Extruir Posteriores

No

Intrusion Anterior

Si

Intrusion Posterior

Inferior

Si

No

Si

Si

No

Se planea utilizar

Anclaje Esquelético

8. Anclas Dentales *

Si

No colocar anclas dentales en las piezas indicadas a continuación

1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
<input type="checkbox"/>															
<input type="checkbox"/>															
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8

Colocar anclas dentales en etapa #

1

de alineadores sugeridos

Los que sean necesarios

Comentarios Adicionales

Caso listo