

Nombre Paciente: _____ Edad: _____

Fecha Nac.: _____ RUT: _____ Fono: _____

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 9 - 10-11-12-13-14-15-16 A B C D E F G H I J
17-18-19-20-21-22-23-24 25-26-27-28-29-30-31-32 K L M N O P Q R S T

HORARIO: Lunes a Viernes
09:00 a 19:00 hrs. (continuado)
Sábados 09:00 a 14:00 Hrs.

- RX RETROALVEOLAR PZAS. _____
- RX RETROALVEOLAR TOTAL _____
- RX BITE WING DER. _____ IZQ. _____
- RX OCLUSAL SUP. _____
 INF. _____

- RX PANORAMICA DIGITAL
- RX TELERRADIOGRAFIA PERFIL DIGITAL
- RX TELERRADIOGRAFIA FRONTAL DIGITAL
- SET DE FOTOS CLINICAS DIGITAL
- RX MANO DIGITAL
- RX TERCEROS MOLARES

Análisis Cefalométrico

Ricketts Jarabak	Steiner Mac. Namara	Roth Sassouni Plus	VERT Otro
---------------------	------------------------	-----------------------	--------------

TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE ALTA RESOLUCIÓN CONE BEAM 3D

- Estudio para implantes Maxilar Sup Inf.
- Estudio de localización
- Estudio de ATM.

Las Radiografías digitales puedes ser enviadas al correo electrónico si lo desea

DIAGNOSTICO CLINICO: _____

Enviado por Dr. _____

Dirección: _____

Fono: _____ Email: _____

HORARIO: Lunes a Viernes
09:00 a 19:00 hrs. (continuado)
Sábados 09:00 a 14:00 Hrs.

