

Convenio: _____

Dr(a): _____

Clinica: _____ Tel: _____

Paciente: _____ Tel: _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
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
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
17	18	19	20	21	22	23	24	9	10	11	12	13	14	15	16

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
5.5	5.4	5.3	5.2	5.1	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5
8.5	8.4	8.3	8.2	8.1	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5
K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T

SCANNER CONE - BEAM 3D

LOCALIZACIÓN E IMPLANTES

- BIMAXILAR
 MAXILAR
 MANDIBULAR
 HEMI - ARCADEA
 ZONA PIEZAS
 PACIENTE CON GUÍA RADIO GRÁFICA

ESTUDIOS ESPECIALES

- ATM SIMPLE
 ATM COMPLETA BA-BC
 MAXILOFACIAL
 ORBITARIO
 VÍAS AÉREAS
 SENOS PARANASALES
 ESTEREOLITOGRAFÍA

RADIOGRAFÍAS DIGITALES

- PANORÁMICA
 TELERADIOGRAFÍA
 RETROALVEOLAR TOTAL
 CARPO
 RETROALVEOLAR PIEZAS Nº
 BITE - WING
 OCLUSAL

ANÁLISIS CEFALOMÉTRICOS

- JARABACK
 Mc NAMARA
 STEINER
 RICKETTS
 OTROS

FORMATO DE ENTREGA

- ENVIAR CD
 ENVIAR E-MAIL
 INFORME RADIOLÓGICO

OBSERVACIONES

