

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Rut:

Dr(a):

Correo:

			A	B	C	D	E	F	G	H	I	J				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
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				

EXÁMENES 2D

EXÁMENES 3D

- Radiografía Panorámica
- Teleradiografía lateral frontal
- Deslizamiento de Piezas
- RX Retroalveolar _____
- RX Retroalveolar total (Incluye Bite Wing)
- Radiografía de Mano
- Bite Wing Bilateral
- Modelos Digitales en Resina 3D
- Escaneo Intraoral - ARCHIVO STL
- Otros _____

- Tomografía Unimaxilar
- Tomografía Bimaxilar
- Tomografía Hemi - Arcada
- ATM Completa BA BC
- Órbita
- Estudio de localización de piezas
- Panorámica de Senos Maxilares
- Set de Fotos Clínicas
- Otros _____

GRUPO ORTODONCIA

- Grupo I Ortodoncia
- (Panorámica Teleradiografía - Análisis Cefalométrico)
- Grupo II Ortodoncia
- (Panorámica Teleradiografía - Análisis Cefalométrico) (Set de Fotografías Clínicas)
- Análisis Cefalométrico

- Ricketts
- Steiner
- Roth
- Mc Namara
- Jarabak
- Bjork
- Otro _____

FORMA DE ENTREGA

- Digital (Enviada al correo)
- Física en placa
- Con informe
- Sin informe