

Nombre de paciente: _____

Fecha Nac.: _____ R.U.T.: _____

Dr.(a): _____ E-mail: _____

	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													

Radiología Digital

- Radiografía Panorámica
- Teleradiografía Lateral Frontal
- Deslizamiento de Piezas _____
- RX Retroalveolar _____
- RX Retroalveolar total (Incluye Bite Wing)
- Radiografía de Mano _____
- Bitewing Bilateral
- Senos paranasales

Tomografía Computarizada

- Tomografía unimaxilar
- Tomografía bimaxilar
- Tomografía Hemi - Arcada
- ATM Completa
- Orbita
- Estudio de localización de piezas
- Panorámica de senos Maxilares
- Otros _____

Grupo Ortodoncia

- Modelos de Estudios
- Set de Fotos Clínicas Grupo II Ortodoncia (Panorámica Teleradiografía - Análisis cefalométrico) Kit de Diagnostico (Panoramica + Bite Wing de molares)
- Grupo I Ortodoncia (Panorámica Teleradiografía - Análisis cefalométrico) Set Fotografías clínicas)
- Análisis Cefalométrico
 - Ricketts Steiner Roth Mc Namara
 - Jarabak Bjokr Otro _____

Formato de entrega de informe

- Enviar en CD Enviar por mail Enviar impreso Informe Radiológico

Otros _____

Observaciones: _____
