

Datos del paciente

Nombre _____

Clínica _____
Doctor/a _____
Observaciones _____

Cita

Fecha _____
Hora _____

Estudio Tomográfico (CBCT)

Maxilar _____
Mandibular _____
Bimaxilar _____
Doble escáner _____
(férula radiológica)

CD

Viewer _____
Dicom _____
PDF _____



Ortopantomografía _____
Ortopantomografía P11 _____
Telerradiografía Lateral _____
Telerradiografía Frontal _____
CD _____
Trazado Cefalométrico _____
(Steiner, Rickets, Jarabak, Mc. Namara, Tweeds, otros)

Serie Fotográfica _____
Radiografía de Muñeca _____

ATM

Escáner _____
Radiografía _____

Otras proyecciones

Por favor, entregar este documento al paciente para que lo entregue al radiólogo