

DATOS DE LA CITA

Fecha ____/____/____ Hora _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del Paciente _____

Clínica _____

Dr/Dra _____

Población _____

Observaciones _____

FIRMA Y SELLO

RADIOGRAFÍAS 2D

Rx Panorámica ☐ Tele-Rx Lateral ☐

Rx Muñeca ☐ Tele-Rx Frontal ☐

RADIOGRAFÍAS 3D

Tac Maxilar ☐ Tac completo ☐

Tac Mandibular ☐ CBCT sectorial (.....) ☐

ORTODONCIA

Estudio Completo⁽¹⁾ ☐ Estudio Cefalométrico ☐

Reg. Fotográfico ☐

ESCANEADO DE MODELOS

☐

FORMATOS DE ENTREGA

CD (Visor + JPEG) ☐ CD + Acetato ☐

USB ☐ CD + Papel Premium ☐

(1) Incluye: Rx Panorámica, Tele-Rx Lateral, Frontal (en caso necesario) y Registro Fotográfico intraoral y extraoral.