



PRESCRIPCIÓN

Dtor. / Dtra. / Clínica:

PACIENTE

NOMBRE:

APELLIDOS:

Fecha Nacimiento: / /

SOLICITUD de FECHA

Día Mes Año
/ / /

Hora (abiertos de 08:30 a 16:00)

EXPLORACIONES RADIOLÓGICAS

Seleccione su elección

Ortopantomografía

Teleradiografía de cráneo

Frontal
Lateral

Escáneres 3D CBCT

Completo (maxilar y mandíbular)
Maxilar
Mandibular
Localizado

Paciente aporta férula quirúrgica
Doble escaneo

Si
No

Radiografía de mano

Radiografías Intraorales

Aleta mordida
Periapical Pieza

Derecha
Izquierda

ATM

Dos Ortopantomografías
Escaner CBCT

Otras Exploraciones
Estudio Ortodoncia

Ortopantomografía
Telerradiografía Lateral de Cráneo
Modelos de escayola
Trazado cefalométrico
Fotografías Intraorales y extraorales

Con articulador
Sin articulador

ENTREGA DEL ESTUDIO (CD)

Seleccione su elección

JPG
Dicom

Visualizador Romexis
Visualizador Icat