



PRESCRIPCIÓN

Dtor. / Dtra. / Clínica:

PACIENTE

NOMBRE:

APELLIDOS:

Fecha Nacimiento: / /

SOLICITUD de FECHA

Día Mes Año
/ / /

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

EXPLORACIÓN Seleccione su elección

Ortopantomografía
Teleradiografía lateral
Teleradiografía frontal
Radiografía de mano
Celalometría (Dolphin)

Fotografías Extraorales
Fotografías Intraorales
Modelos escayola
Escaneado Intraoral

Articulador Semiajustable
Sin articulador

INTRABUCAL Seleccione su elección

Oclusal superior
Oclusal inferior
Periapicales (indicar dientes)

Aleta de mordida derecha
Aleta de mordida izquierda

TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA Seleccione su elección

Completo maxilar y mandibular
Maxilar completo
Maxilar localizado:
Mandibular completo
Mandibular localizado:
Senos
Con férula radiológica
ATM
Doble escaneo

ENTREGA DEL ESTUDIO (CD) Seleccione su elección

JPG
Dicom

Visualizador Planmeca
Visualizador Morita