

FORMULARIO DE EXPLORACIONES

Paciente:

Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): / /

Prescripción: Dr./Dra.

Motivo de la exploración:

Consulta previa petición de hora

Día de consulta (dd/mm/aa): / /

Hora:

ORTOPANTOMOGRAFÍA PAPEL
 CD

INFORME RADIOLOGICO

TELERADIOGRAFÍA LATERAL

CEFALOMETRÍA LATERAL

TELERADIOGRAFÍA FRONTAL

CEFALOMETRÍA FRONTAL

RADIOGRAFÍA DE MUÑECA

FOTOGRAFÍAS: PAPEL
 CD

RADIOGRAFÍAS INTRABUCALES:

Oclusal: Sup. Inf.

Aletas de mordida: Dcha. Izq.

Periapicales. Indicar dientes:

Digitalizado intrabucal INVISALIGN (ITERO)
 STL

TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA (TC) HELICOIDAL
 HAZ CONICO (CBCT)

ZONA MAXILAR completo
 localizado de

MANDIBULAR completo
 localizado de

SENOS CON FERULA RADIOLOGICA CIRURÍA ORTOGNÁTICA En oclusión

ATM DOBLE ESCANEO Con férula

Presentación del estudio jpg

Película CD Dicom

Email Visualizador