

NOM. Y APELL.: _____
D.N.I.: _____
OBRA SOCIAL: _____
Nº: _____

RADIOLOGÍA

- PANORÁMICA
 TELERADIOGRAFÍA DE FRENTE PERFIL
 SERIADA COMPLETA
 SEMISERIADA SUP: _____ INF: _____
 PERIAPICAL ELEM: _____
 OCLUSAL SUP: _____ INF: _____
 BITEWING SECTOR: _____

CEFALOMETRÍA (NEMOCEPH)

- RICKETTS MC NAMARA
 BJORK JARABAK TWEED
 STEINER RICKETTS FRENTE
 OTROS:

TOMOGRFÍA CONE-BEAM ALTA RESOLUCIÓN

	MAXILAR SUPERIOR	MAXILAR INFERIOR	
	Completo	Completo	
	Sector Anterior	Sector Anterior	
	Sector Derecho	Sector Derecho	
	Sector Izquierdo	Sector Izquierdo	
	Facial Completo (17 x 13,5)		
	Ambos Maxilares		
	ATM Bilateral		

Observaciones: _____

RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA

- DERECHA BOCA CERRADA EN FASE DINÁMICA
 IZQUIERDA BOCA ABIERTA

DIAGNÓSTICO: _____

FECHA

FIRMA SELLO