

Nombre y Apellido: _____

Obra Social: _____

Nro. De Afiliado: _____

**TOMOGRAFÍA
CONE BEAM**

- **Maxilar** SUPERIOR HEMI COMPLETO
- INFERIOR HEMI COMPLETO

- **Ambos
Maxilares**

- **Espesor de Corte:** 1mm.
- 2mm.

Sector: _____

PANORÁMICA

▪ **ATM** 4 Tomas

TELERADIOGRAFÍA

- Perfil Frontal

**TRAZADOS
CEFALOMÉTRICOS**

- Ricketts Steiner Mc Namara
- B. Jarabak Mc Laughlin Powell
- G. Pistonni Schwartz Harvold
- Otro: _____

Diagnóstico: _____

_____/_____/_____

Fecha

Firma y sello