

Nombre y Apellido:

Obra Social:

Nro. De Afiliado:

TOMOGRAFÍAS
CONE BEAM

▪ Maxilar

☐ SUP

☐ 1 ÁREA

☐ 2 ÁREAS

☐ COMPLETO

☐ INF

▪ 2 Maxilares

☐

▪ Con guía quirúrgica ☐

▪ ATM

☐ IZQ

☐ DER

▪ Otras tomas:

▪ Cráneo facial ☐

☐ PANORÁMICA

☐ Oclusión

|

▪ ATM ☐ 4 Tomas

☐ CD PARA

Diagnóstico:

/ /

Fecha

Firma y sello