

Paciente: _____

Obra Social: _____

N° afiliado: _____

RADIOGRAFÍAS EXTRAORALES

- ☐ PANORÁMICA
- ☐ TELERRADIOGRAFÍA
- Frente ☐ Perfil ☐

TRAZADOS CEFALOMÉTRICOS

- ☐ RICKETTS Frente ☐ Perfil ☐
- ☐ BJÖRK JARABAK
- ☐ STEINER-TWEED
- ☐ MC NAMARA
- ☐ SCHATZ
- ☐ HARVOLD

TOMOGRFÍA COMPUTADA

ConeBeam

- ☐ AMBOS MAXILARES
- ☐ MAXILAR SUPERIOR
- ☐ MAXILAR INFERIOR
- HEMI-MAXILAR SUPERIOR
- Der. ☐ Ant. ☐ Izq. ☐
- HEMI-MAXILAR INFERIOR
- Der. ☐ Ant. ☐ Izq. ☐
- ☐ MEDICIÓN PARA IMPLANTES

SCANNEO 3D (3shape)

- ☐ MAXILAR SUPERIOR
- ☐ MAXILAR INFERIOR
- ☐ AMBOS MAXILARES

FOTOGRAFÍAS

- Cara ☐ Frente ☐ Perfil ☐
- Sonrisa ☐
- 3/4 perfil der. ☐ 3/4 perfil izq. ☐

- ☐ MORDIDA
- Frente ☐ Lat. der. ☐
- Lat. izq. ☐

- ☐ ARCADA
- Superior ☐ Inferior ☐

OBSERVACIONES:

INDICAR CMO DESEA RECIBIR EL ESTUDIO:

WHATSAPP / MAIL

PROFESIONAL:

FIRMA

SELLO