



FECHA
NOMBRE
EDAD RUT
FECHA DE NACIMIENTO
FONO
CORREO

TOMOGRAFÍA MAXILAR SUPERIOR

TOMOGRAFÍA MAXILAR INFERIOR

CORTE PIEZA _____

ESTUDIO ATM _____

ESTUDIO DE LOCALIZACIÓN PIEZA N° _____

RADIOGRAFÍA PERIAPICAL PIEZA N° _____

RADIOGRAFÍA PERIAPICAL TOTAL SUPERIOR INFERIOR

RADIOGRAFÍA BITE-WING BILATERAL DERECHA IZQUIERDA

RADIOGRAFÍA PANORÁMICA

TELERADIOGRAFÍA LATERAL FRONTAL

ANÁLISIS CEFALOMÉTRICO _____

RADIOGRAFÍA DE MANO PARA EDAD ÓSEA

ESTUDIO DE DESPLAZAMIENTO PIEZA N° _____

OBSERVACIONES _____

DIAGNÓSTICO CLÍNICO _____

ENVIADO POR DR(A) _____

GENERAL HOLLEY # 2381 OF. 1308, TORRE B
METRO LOS LEONES
PROVIDENCIA
FONO: 22 2317639