

### DATOS DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad:

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
5.5	5.4	5.3	5.2	5.1	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5
8.5	8.4	8.3	8.2	8.1	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5
K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T

### RADIOGRAFÍAS DIGITALES INTRA Y EXTRA ORALES

Retroalveolar Periapical Dientes N° \_\_\_\_\_

Retroalveolar Periapical Total

Rx Estudio de Localización

Panorámica Digital

Teleradiografía Digital

Lateral

Frontal

Teleradiografía Digital de Cráneo Completo

Lateral

Frontal

Otros

Especifique \_\_\_\_\_

Bite Wing

Der.

Izq.

Oclusal

Sup.

Inf.

Rx ATM Digital

Rx de Carpo

Sialografía

### TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE ALTA RESOLUCIÓN (CONE BEAM)

Maxilar

Mandíbula

Bimaxilar

Zona diente \_\_\_\_\_

Implantes

Terceros Molares

Supernumerario / Pieza Incluida

Fractura Dentaria

Endodoncia

Senos Paranasales

Patología

Via Aérea

Ortodoncia

ATM

Traumatismo Maxilofacial

Craneofacial

Sialo Cone Beam

Especifique: \_\_\_\_\_

### ANÁLISIS CEFALOMÉTRICO

Ricketts

Roth

Steiner

Jarabak

Sassouni Plus

Otros \_\_\_\_\_

Nomenclatura

Internacional

Convencional

Formato de entrega del informe

CD

Mail

Impreso

Examen solicitado por Dr.(a) \_\_\_\_\_

Fono: \_\_\_\_\_

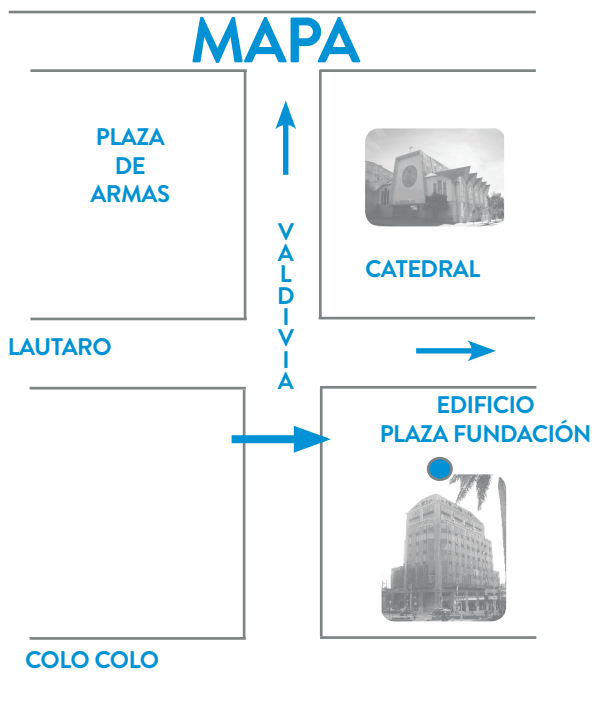
E- mail: \_\_\_\_\_

### HORARIO DE ATENCIÓN CONTINUA

Lunes a Viernes de 9:00 a 20:00 horas / Sábado de 9:00 a 13:00 horas

# “Su Confianza es nuestro éxito”

Tecnología de punta, diagnóstico oportuno y preciso



MORITA

PLANMECA

KAVO

Dental Excellence

Ritter®  
[ THE DENTAL EXPERTS ]

