



BUCCO IMAGEN

CENTRO DE RADIOGRAFÍAS DE ALTA GAMA

®

DATOS GENERALES

Fecha: ____ / ____ / ____ Ciudad: _____

Paciente: _____ Teléf. / Cel.: _____

Dr.(a) solicitante: _____ Teléf. / Cel.: _____

EXTRAORALES

- | | | | |
|------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| PANORÁMICA | <input type="checkbox"/> | CEFÁLICA POSTERIOR ANTERIOR (P.A.) | <input type="checkbox"/> |
| CEFÁLICA LATERAL | <input type="checkbox"/> | SENO PARANASAL | <input type="checkbox"/> |
| CARPAL | <input type="checkbox"/> | ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR ATM | <input type="checkbox"/> |

CEFALOMETRÍA COMPUTARIZADA

STEINER RICKETTS MCNAMARA JARABAK BJORK VERT

INTRAORALES

- | | | | |
|-------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| PERIAPICAL NORMAL | <input type="checkbox"/> | ORTO - RADIAL | <input type="checkbox"/> |
| SERIE COMPLETA | <input type="checkbox"/> | PIEZA N° _____ | |

SU EXAMEN LE ENTREGAMOS EN:

ACETATO _____

CD _____

OBSERVACIONES:

