



Convenio: .....

Dr (a): .....

Clínica: ..... Tel.: .....

Paciente: ..... Tel.: .....

|     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1   | 2   | 3   | 4   | 5   | 6   | 7   | 8   | 9   | 10  | 11  | 12  | 13  | 14  | 15  | 16  | A   | B   | C   | D   | E   | F   | G   | H   | I   | J   |
| 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 | 5.5 | 5.4 | 5.3 | 5.2 | 5.1 | 6.1 | 6.2 | 6.3 | 6.4 | 6.5 |
| 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 | 8.5 | 8.4 | 8.3 | 8.2 | 8.1 | 7.1 | 7.2 | 7.3 | 7.4 | 7.5 |
| 17  | 18  | 19  | 20  | 21  | 22  | 23  | 24  | 25  | 26  | 27  | 28  | 29  | 30  | 31  | 32  | K   | L   | M   | N   | O   | P   | Q   | R   | S   | T   |

## SCANNER CONE-BEAM 3D

### LOCALIZACIÓN E IMPLANTES

- ☐ - Bimaxilar
- ☐ - Maxilar
- ☐ - Mandibular
- ☐ - Sector Anterior
- ☐ - Hemi-Arcada
- ☐ - Zona Piezas
- ☐ - Grabar Formato Dicom
- ☐ - Paciente con guía radiográfica

### ESTUDIOS ESPECIALES

- ☐ - ATM. Simple
- ☐ - ATM. Completa BA-BC
- ☐ - Maxilofacial
- ☐ - Orbitario
- ☐ - Vías Aéreas
- ☐ - Senos Paranasales
- ☐ - Proface
- ☐ - Estereolitografía

### RADIOGRAFÍAS DIGITALES

- ☐ - Panorámica (1:1)
- ☐ - Teleradiografía (1:1)
- ☐ - Retroalveolar Total
- ☐ - Carpo
- ☐ - Retroalveolar Piezas N°
- ☐ - Bite-Wing
- ☐ - Oclusal

### ANÁLISIS CEFALOMÉTRICOS

- ☐ - Jaraback
- ☐ - Mc Namara
- ☐ - Steiner
- ☐ - Ricketts
- ☐ - Sassouni
- ☐ - Otros
- ☐ - Fotos Clínicas

### FORMATO DE ENTREGA

- ☐ - Enviar en CD
- ☐ - Enviar por Email
- ☐ - Informe Radiológico

### OBSERVACIONES