

Nombre: RUT:
Teléfono: Fecha de nacimiento:

ORDEN DE EXAMEN

- Periapical:
 Bitewing
 Panorámica
 Teleradiografía lateral
 Teleradiografía frontal Teleradiografía carpo
 Scanner CBCT una zona: (indicar)
 Scanner CBCT maxilar
 Scanner CBCT mandibular
 Scanner CBCT bimaxilar
 Scanner CBCT ATM
 Otro

Propósito del examen:

Dr(a): Fecha:
Correo electrónico: