



Odont. ID

CENTRO DE DIAGNOSTICO RADIOLOGICO

Dr./Dra.:.....

Paciente:.....

Fecha de Nacimiento...../...../..... Sexo: F M

Cobertura médica:.....

ESTUDIOS SOLICITADOS

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

Radiología

- A.T.M.
- Carpal
- Oclusal
 - Superior
 - Inferior
- Panorámica
- Periapical.....
- Periapical Técnica de Clark
- Seriado Periapical
 - Superior
 - Inferior
- Telerradiografía basal
- Telerradiografía de frente
- Telerradiografía de Perfil
- CD Si..... No.....
- Fotos intraorales - Extraorales

Cefalogramas

- Björk - Jarabak
- Harvold
- Mc Laughlin
- Mc Laughlin c/ datos adic. de Ricketts
- Mc Namara
- P.C.S.T. (predicción de crecimiento sin tratamiento)
- Powell
- Ricketts Frente
- Ricketts Perfil
- Schwartz
- Steiner
- Superposiciones de Ricketts
- Superposiciones de Steiner
- Vert
- Vías Aéreas

Diagnóstico Presuntivo:.....

Notas:.....

Atención de Lunes a Sábado de 9 a 18 hs.
 RAMÓN FALCÓN 7079 - 1º PISO (Liniers)
 (1408) Ciudad Autónoma de Bs. As.
 Tel.:2063-2157 / 4642-8512
 e-mail: odontid@hotmail.com.ar

.....
Sello y Firma

Fecha:...../...../.....