



Odont. ID

CENTRO DE DIAGNOSTICO RADIOLOGICO

Dr./a. :

Paciente :

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

- Panorámica
- Periapical.....
- Oclusal sup.....Inf.....
- Seriado Periapical
 - Superior
 - Inferior

RAMÓN FALCÓN 7079 - 1º PISO (Liniers)
(1408) Ciudad Autónoma de Bs. As.
Tel.:2063-2157 / 4642-8512
info@radiologiaodontid.com.ar
www.radiologiaodontid.com.ar