

SOLICITUD RADIOLÓGICA

Nombre del Paciente: _____

Tipo de Radiografía: _____

Motivo de Consulta: _____

Fecha: _____



odontovisión
tu imagen en radiología digital dental

Luque 507 entre Escobedo y Boyacá Edif. Prodontomed 1er. Piso

Telfs.: 04-2513774 / 0959593954 / 0999152527

E-mail: odontovisiongye@gmail.com

Guayaquil - Ecuador

0247101

Nombre del Paciente:

Tipo de Radiografía:

C.I.:

Fecha de Nacimiento: Edad:

Telf.: Celular: E-mail:

PERIAPICALES

D	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	I
	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	
D	5,5	5,4	5,3	5,2	5,1	6,1	6,2	6,3	6,4	6,5	I						
	8,5	8,4	8,3	8,2	8,1	7,1	7,2	7,3	7,4	7,5							

LOCALIZACION / UBICACION DE DIENTE IMPACTADO:

OTROS EXAMENES

- Panorámica de Maxilares
- ATM: Bilateral Boca Abierta y Boca Cerrada
- Bite - Wing
- Oclusal

DOCUMENTACIÓN PARA ORTODONCIA

- Lateral de Cráneo
- Análisis Cefalométrico
- Carpal
- Modelos Estudio
- Fotografías
- Diseño de Sonrisa Digital

HORARIOS DE ATENCIÓN: Lunes a Viernes 9:00 am. - 18:00 pm. - Sábados 9:00 am. - 12:00 am.