

## FORMULARIO DE EXPLORACIÓN

Paciente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha nacimiento \_\_\_\_\_

Prescripción Dr./Dra. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Clínica \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Motivo de la exploración \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### CITA

Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

## ESTUDIO TOMOGRÁFICO CBCT

- Maxilar
- Mandíbula
- Completo

\_\_\_\_\_

- Sectorial \_\_\_\_\_
- ATM
- Vías Aéreas

\_\_\_\_\_

- Marcar dentario
- Férula radiológica

\_\_\_\_\_

- Escaneo de modelos
- Otras \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## EXPLORACIONES SOLICITADAS

- Ortopantomografía
- Telerradiografía lateral
- Telerradiografía frontal
- Cefalometría y trazos
- Fotos
- Estudio ortodoncia completa
- Informe radiológico

- Escaneo de modelos
- Grabar en JPG
- Grabar formato DICOM
- Posicionar en la nube
- Enviar al mail \_\_\_\_\_



Acceso C/ Electrodo, 66/68 - local 87  
También Avda. de la Técnica, entre nºs 29 y 31  
28522 Rivas Vaciamadrid  
Tel: 91 161 70 00 · info@centro3drivas.com  
www.centro3drivas.com