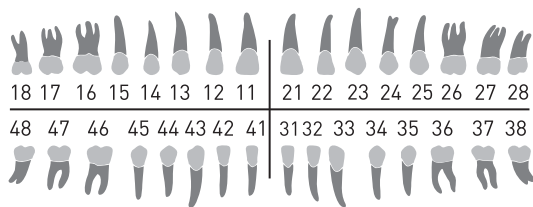


Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ e-mail: _____

Doctor(a): _____

☐ **Tomografía conebeam**
(seleccionar región)



Maxilares

☐ Superior ☐ Izquierda ☐ Boca cerrada ☐ Ambos
☐ Inferior ☐ Derecha ☐ Boca abierta

FOV



Observaciones: _____

☐ Enviar CD
☐ Enviar por e-mail
☐ Enviar con paciente
☐ Sistema operativo
☐ MAC ☐ Windows

Trae prótesis
Retirar ☐ Si ☐ No

ATM

☐ Boca abierta ☐ 8x8
☐ Boca cerrada



Presenta restauraciones

☐ Metálicas
☐ Porcelana
☐ Gutapercha



☐ Nariz y senos
paranasales

Av. Guanajuato #708, Col. Jardines del Moral, León, Gto. Consultorio: (477) 718 21 73

CROQUIS DE UBICACIÓN

Diagnostico Dental Digital 3D

