



Centro Panoray

Centro Radiográfico Dental y Maxilofacial

Horarios de atención:
Lunes a viernes de 08:00AM a 18:00PM
Sábados de 09:00AM a 13:00PM

Datos Personales

Nombre del paciente: _____

Correo electrónico del paciente: _____

Teléfono: _____

CI: _____

Fecha de solicitud: _____

Estudios a realizar

DIGITAL IMPRESO

Panorámica de Maxilares: _____

Lateral de cráneo o cefálica: _____

ATM bilateral boca abierta: _____

ATM bilateral boca cerrada: _____

Postero - Anterior: _____

Antero - Posterior: _____

Evaluación de Senos paranasales: _____

Carpal: _____

Bitewing: _____

Periapical Pieza: _____

Análisis Cefalométrico: _____

Informe radiográfico: _____

Ricketts, JaraBak, Steiner, Mcnamara, otro-especifique: _____

Datos complementarios

E-mail del Doctor: _____

Observaciones: _____

Nombre Dr / Clínica: _____

Teléfono Dr / Clínica: _____