

Paciente: _____

Odontólogo/a: _____

Pieza/s a radiografiar: _____



Ortogonal
Mesializada
Distalizada

☐
☐
☐

RX DIGITAL sin medidas

☐

RX DIGITAL con medidas **Pieza a medir** _____

☐

RX IMPRESA

☐

RX DIGITAL con visualizador *

☐

RX DIGITAL Boca completa

☐

RX IMPRESA Boca completa

☐

BITE WING DIGITAL

☐

BITE WING IMPRESA

☐

Comentarios: _____

ENVIAR A :

Celular del/la odontólogo/a _____

Mail del/la odontólogo/a _____

CLOUD: Todos los estudios se pueden enviar
a su cuenta en nuestro CLOUD.

☐

* Periapicales para ver con visualizador (ventaja de poder cambiar contraste y poder efectuar medidas) se mandarán a través del CLOUD por el peso del archivo.