



Los campos con (*) son obligatorios

Centro * Radiología Dental

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Albacete | <input type="checkbox"/> Madrid Vallecas |
| <input type="checkbox"/> Badajoz | <input type="checkbox"/> Majadahonda |
| <input type="checkbox"/> Barakaldo | <input type="checkbox"/> Norte |
| <input type="checkbox"/> Colmenar Viejo | <input type="checkbox"/> Parla |
| <input type="checkbox"/> Fuenlabrada | <input type="checkbox"/> Torrejón de Ardoz |
| <input type="checkbox"/> La Mancha | <input type="checkbox"/> Valladolid |
| <input type="checkbox"/> Madrid Mirasierra | <input type="checkbox"/> Zaragoza |

Clínica *

Dirección *

Teléfono *

Email *

Doctor *

Fecha de Solicitud *

Paciente *

Fecha de nacimiento *

Observaciones *

ESCÁNER TAC

- Escáner maxilar
- Escáner mandibular
- Escáner sectorial - Sector N°
- Escáner Endodoncia - Pieza N°
- El paciente aporta férula radiológica
- Doble escaneado (paciente con férula y solo)

PROCESAR PARA

- Simplant
- Nemoscan
- Nobelclinician
- Otros: _____

ESTUDIO COMPLETO ORTODONCIA

Ortopantomografía + Telerradiografía + Estudio cefalométrico + Fotografías

FORMATO DESEADO

- Papel
- CD
- E-mail

ESCÁNER INTRAORAL

Indique su sistema de ortodoncia invisible / alineador deseado:

BIO-RÉPLICA

ORTOPANTOMOGRAFÍA

- Ortopantomografía MAGNIF 1:25
- Ortopantomografía REAL DICOM 1:1

TELERRADIOGRAFÍA

CARPO