



ENDOMEDICA

Dr. Patricio Rodríguez A.

Especialista en Radiología maxilofacial

Avda. Ariztía Poniente N° 225 - Fono: 053-2630706 - Ovalle - www.clinicaendomedica.cl

DATOS PACIENTE

Nombre:

..... Fecha:/...../.....

Fecha Nac.: Teléfono:.....

INTRAORAL

Adulto

1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8

Niño

5.5	5.4	5.3	5.2	5.1	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
8.5	8.4	8.3	8.2	8.1	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5

Periapical Dtes. _____ Bitewing _____

Oclusal _____ Ubicación zona dte. _____

Otra _____

Se desea observar

.....
.....
.....

Doctor (a):

E.mail: Tel.:

