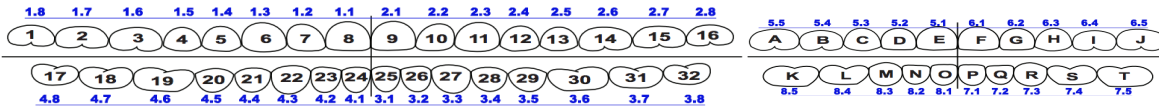


**ORDEN DE EXAMEN 2020**

Paciente:	Fecha:	
RUT:	Email Pac:	
Fecha Nac:	Tel Contacto:	Edad:
Dr(a):	Clinica:	
Email Dr(a):		



<b>INTRAORAL</b>			<b>OPCIONES DE ENTREGA</b>	
<input type="checkbox"/> Periapical Piezas	<input type="checkbox"/> Convencional	<input type="checkbox"/> Digital	<input type="checkbox"/> Con Informe	<input type="checkbox"/> Sin Informe
<input type="checkbox"/> Periapical Total			<input type="checkbox"/> Con Informe	<input type="checkbox"/> Sin Informe
<input type="checkbox"/> Bitewing	<input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Con Informe	<input type="checkbox"/> Sin Informe
<input type="checkbox"/> Oclusal	<input type="checkbox"/> Superior	<input type="checkbox"/> Inferior	<input type="checkbox"/> Con Informe	<input type="checkbox"/> Sin Informe
			<input type="checkbox"/> ENVIAR POR EMAIL	

<b>EXTRAORAL</b>			<b>OPCIONES DE ENTREGA</b>	
<input type="checkbox"/> Panorámica	<input type="checkbox"/> Lateral	<input type="checkbox"/> Anteroposterior	<input type="checkbox"/> Con Informe	<input type="checkbox"/> Sin Informe
<input type="checkbox"/> Teleradiografía			<input type="checkbox"/> Placas Impresas	
<input type="checkbox"/> RX Mano/Carpo				
			<input type="checkbox"/> ENVIAR POR EMAIL	

<b>SCANNER - TOMOGRAFÍA - CONE BEAM</b>			<b>OPCIONES DE ENTREGA</b>	
<input type="checkbox"/> Scanner Maxilar Inferior			<input type="checkbox"/> Con Informe	<input type="checkbox"/> Sin Informe
<input type="checkbox"/> Scanner Maxilar Superior			<input type="checkbox"/> Placas Impresas	
<input type="checkbox"/> Scanner Zona:			<input type="checkbox"/> Placas PDF e Informe por Email	
<input type="checkbox"/> (Zona Máximo 3 piezas contiguas)			<input type="checkbox"/> CD con Visualizador	
<input type="checkbox"/> ATM BA <input type="checkbox"/> BC <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> DICOM Nativos por Wetransfer	
*visualizador usado es Ondemand3dViewer para Windows			<input type="checkbox"/> DICOM + Visualizador por Wetransfer	

<b>ANÁLISIS CEFALOMÉTRICOS</b>			<b>OPCIONES DE ENTREGA</b>	
<input type="checkbox"/> Clark	<input type="checkbox"/> Mcnamara	<input type="checkbox"/> Ricketts	<input type="checkbox"/> Sassouni Plus	<input type="checkbox"/> Impreso
<input type="checkbox"/> Jarabak	<input type="checkbox"/> Steiner	<input type="checkbox"/> Roth	<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> ENVIAR POR EMAIL

<b>OPCIONES DE ENTREGA</b>		
<input type="checkbox"/> Fotos Clínicas (Impresas)	<input type="checkbox"/> Incluir Overjet	<input type="checkbox"/> ENVIAR POR EMAIL
<input type="checkbox"/> Modelos de Estudio		

**ME INTERESA SABER:**

---



---