

SOLICITUD DE PRUEBA DIAGNÓSTICA

Nombre y apellidos

Cita:

Día: _____

Hora: _____

Clinica y doctor: _____

Sello clínica

Comentarios y observaciones:

Tomografía Digital 3D-CBCT

Maxilar _____

Mandibular _____

Campo: 5x5cm (HD - 3 piezas) _____

Área de las piezas número

Campo: 6x9cm (cuadrante) _____

Indicar cuadrante 1 2 3 4

ATM

Radiografía deATM _____

Ortodoncia

Trazados Cefalométricos _____

Método _____

Serie Fotográfica Digital _____

Orto + Tele + Estudio + Serie Fotográfica _____

Tele + Estudio + Serie Fotográfica _____

Radiodiagnóstico

Ortopantomografía _____

Telerradiografía _____

Lateral AP

Se recomienda pedir cita previa

Horario Lope de Rueda:

Lunes a Jueves: 10h a 20h.

Viernes: 9.30h a 19.30h.

Dirección:

C. de Lope de Rueda, 26,- 28009 - Madrid

Teléfono: 915 75 36 19

dentyclass@dencycard.com

www.dentyclass.com

Horario Las Tablas:

Lunes a Viernes:

9.00h-17.00h

Dirección:

Ronda de la Comunicación, 22, 28050 - Madrid

Teléfono: 917 27 16 49

dentyclasslastablas@dencycard.com

www.dentyclass.com