



WHATSAPP 11 7044 2131



www.irdental.com.ar

SIN TURNOS - ENTREGA INMEDIATA

E-mail: info@irdental.com.ar

Nombre y Apellido: .....

Obra Social: ..... Nro: .....

Fecha: / /

INTRAORALES

**CODIGO INDICADO**

09.01.01 PERIAPICAL  PIEZA .....

PERIAPICAL DIGITAL   CD

09.01.02 BITE WING  PIEZA .....

09.01.05 SERIADA DIGITAL   CD

EXTRAORALES

09.02.03 A.T.M. 6 TOMAS   CD

09.02.04 PANORAMICA   CD

09.02.05 TELE-RADIOGRAFIA   CD

PERFIL  FRENTE

ORTODONCIA

**TRAZADOS CEFALOMETRICOS**

RICKETS  BJORK-JARABAK  SCHWARZ

GIANNI-PISTONI  HARVOLD  OTROS: .....

STEINER  TWEED

FOTOGRAFIAS CLINICAS



**TOMOGRAFÍA ODONTOLÓGICA CONE BEAM**

AMBOS MAXILARES

MAXILAR COMPLETO 

SUPERIOR	INFERIOR
1	2
4	3

HEMI MAXILAR (INDIQUE SECTOR)

AMBAS ATM

SECTOR ANTERIOR 

SUPERIOR	INFERIOR
1	2
4	3

TERCEROS MOLARES 

SUPERIOR	INFERIOR
1	2
4	3

INDICACIONES

SOLICITE FORMATO DIGITAL:  CD /  PEN DRIVE\* (COSTO ADICIONAL) /  E-MAIL

Indique su dirección de E-Mail para envío urgente del estudio.

Diagnóstico Presuntivo: .....

Lunes a viernes de 9 a 17:30 hs., sábados de 9 a 12:30 hs.

■ AVELLANEDA 9 de Julio 64 2do. A / 4201-0148

■ LOMAS DE ZAMORA España 156 Pta. Baja / 4244-0148

■ QUILMES Olavarría 88 / 4257-1222

Sello y Firma

E-mail