



Paciente: _____
 Edad: _____ Fecha: _____ Tel. : _____
 Doctor: _____
 Email: _____

Favor de Realizar

- | | | | |
|---|---|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Rx Panorámica | <input type="checkbox"/> Rx Oclusal | <input type="checkbox"/> Sup. | <input type="checkbox"/> Int. |
| <input type="checkbox"/> Rx Lateral de Cráneo | <input type="checkbox"/> Guarda Oclusal | _____ | |
| <input type="checkbox"/> Modelos de Estudio | <input type="checkbox"/> Otro: | _____ | |
| <input type="checkbox"/> Mod. de Trabajo | <input type="checkbox"/> Sup. | <input type="checkbox"/> Inf. | <input type="checkbox"/> Rx Periapical pieza: |

F	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	F
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24
25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41
31	32	33	34	35	36	37	38	F	E	D	C
B	A	A	B	C	D	E	F				

Entrega

- | | |
|------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> WEB | <input type="checkbox"/> TÉRMICA |
| <input type="checkbox"/> CD | <input type="checkbox"/> IMPRESA |

Av. 20 de Noviembre No. 1620
 Col. Tepeyac C.P. 93250
 Tel. 782 823 54 04 y 782 823 54 07

Horario corrido:
 Lunes a Viernes 9:30 a 20:00 Hrs.
 Sabados 9:30 a 18:00 Hrs.

e-mail: ddentofacial@hotmail.com

