

RX-DENTAL

Nombre:

Rut: Mail:

Fecha de Nac.: Teléfono:

Niños

Adultos

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

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T

ORDEN DE EXAMEN

☐ RETROALVEAR

☐ PANORAMICA

☐ RETROALVEAR TOTAL

☐ TELERADIOGRAFÍA LATERAL

☐ BITEWING

☐ TELERADIOGRAFIA FRONTAL

☐ ANALISIS CEFALOMETRICO

☐ RX DE MANO

Tomografía de alta resolución (Cone Beam)

Estudio para implantes:

☐ Maxilar Superior

☐ Maxilar Inferior

☐ Zona

☐ Zona

Dr:

TIMBRE

📍 VIÑA DEL MAR: Arlegui 461, Viña del Mar 📞 +56 9 5945 42 40
📍 VALPARAÍSO: Esmeralda 1074 of 1108, Valparaíso 📞 +56 9 9329 02 17
📍 SANTIAGO: Alameda 1370 Local 21 - 23 - Metro Moneda, Santiago 📞 +56 9 3201 53 52
📍 RANCAGUA: Mujica 255, Rancagua 📞 +56 9 7101 38 07
🌐 blancodent.cl

CONTACT CENTER
600 077 8198