



Dr. ALBERTO SIERRA
ENDODONCIA EXCLUSIVA

Fecha _____

PACIENTE

Nombre y Apellidos
Número de Teléfono

DENTISTA REFERIDOR

Nombre
Centro de trabajo
Número de Teléfono
Correo electrónico

18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
<hr/>																
48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38

POR FAVOR, ESPECIFIQUE EL TIPO DE PRUEBA QUE SOLICITA

CBCT de AMBAS ARCADAS	CBCT de ARCADAS SUPERIOR
CBCT de ARCADAS INFERIOR	CBCT SECTORIAL 75µm. Pieza: _____
ORTOPANTOMOGRAFÍA	