

Nombre: \_\_\_\_\_

R.U.T.: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

*Rp.*

## Solicitud Exámen Radiográfico

Radiografía Panorámica Digital

Scanner Maxilar

Scanner Mandibular

Scanner Bimaxilar

Favor enviar archivos digitales a [cmontoya@clinicamiro.cl](mailto:cmontoya@clinicamiro.cl)