

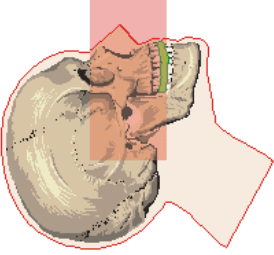
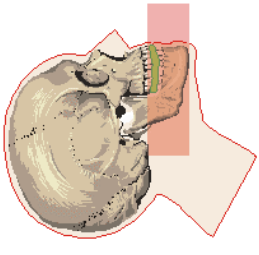
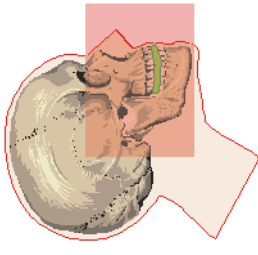



NEO GUIDE

pd Per®Dental

Tel 902 117077

PRESCRIPCION PARA TAC DENTAL

			
SUPERIOR <input type="checkbox"/>	INFERIOR <input type="checkbox"/>	SUP. E INF. <input type="checkbox"/>	ZIGOMATICOS <input type="checkbox"/>

CENTROS RADIOLOGICOS:

Tel.

TC del Paciente con la férula en boca con el registro de oclusión y
TC solamente de la o las férulas (si son superior e inferior).

Enviar los archivos en formato DICOM de cortes axiales de 1mm. a:

