

ENDOCINE

Zaragoza



TAC Dental

Formulario Referidores

Paseo de la Gran Vía, 30

50005, Zaragoza

876 28 28 59

www.endozaragoza.com

Fecha _____

PACIENTE

Nombre y Apellidos
Número de Teléfono

DENTISTA REFERIDOR

Nombre
Centro de trabajo
Número de teléfono

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

Por favor, redondee el diente o la zona a tratar

POR FAVOR, ESPECIFIQUE EL TIPO DE PRUEBA QUE SOLICITA

TAC de AMBAS ARCADAS	TAC de ARCADEA SUPERIOR
TAC de ARCADEA INFERIOR	TAC UNITARIO. Pieza: _____
ORTOPANTOMOGRFÍA	

¿Para qué tipo de tratamiento necesita el TAC?

IMPLANTES	ENDODONCIA	ORTODONCIA	DIAGNÓSTICO
-----------	------------	------------	-------------