CLÍNICA INTEGRADA III

**MODULO: ODONTOPEDIATRIA**

**PROTOCOLO:**

**INFORME RADIOGRÁFICO**

Nombre del alumno: Fecha:

**Nombre del paciente:**

**Sexo:**

**Fecha de Nacimiento:**

**Edad:**

**Domicilio:**

**Teléfono:**

Tipo de radiografía solicitada:

**Informe:**

 Max. Superior: Max. Inferior

Tejidos óseos:

Tejidos blandos:

Dentición

Edad Dentaria. Estadio de la Tabla de Nolla.

Cantidad de elementos dentarios Temporarios:

Cantidad de elementos dentarios Permanentes: Erupcionados

 No erupcionados

Alteraciones de N°:

Alteraciones de forma:

Alteraciones de estructura:

Firma del JTP: