

SOLICITUD DE ADMISIÓN COMO MIEMBRO TITULAR

3. RADIOGRAFÍAS TRATAMIENTO

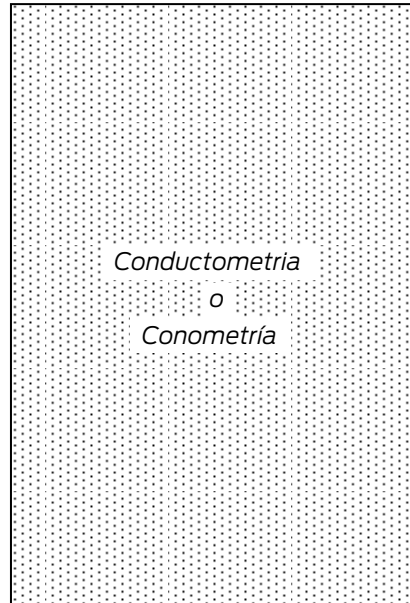
Caso nº:	Diente nº:	Iniciales del paciente:	Edad del paciente:
-----------------	-------------------	--------------------------------	---------------------------

Este formulario debe imprimirse en papel fotográfico



Radiografía preoperatoria

Radiografía preoperatoria



*Conductometria
o
Conometría*

Conductometría o Conometría



Rx Postoperatoria inmediata

Rx.Postoperatoria inmediata



Control 6 meses mínimo

Control 6 meses mínimo

CADA CASO CLÍNICO debe incluir una hoja de historia, otra de tratamiento y otra de radiografías. La HOJA DE RADIOGRAFÍAS deberá ser de CALIDAD FOTOGRÁFICA. El tamaño de la imagen radiográfica impresa debe estar entre 4x7 cm y 6x9 cm y tener una resolución mínima de 300 ppp. En el CD que debe adjuntarse las imágenes pueden presentarse en formatos JPEG, TIFF o PPT (PowerPoint)