



ORDEN RADIOGRAFICA

Nombre y Apellido Afiliado:

Nº Afiliado:

Obra Social:

Odontólogo que indica:

Tache con una cruz la pieza dentaria solicitada

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

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

Código Indicado (marque con una cruz)

- 09.01.01
- 09.01.02
- 09.01.03
- 09.01.04
- 09.01.05
- 09.02.01
- 09.02.02
- 09.02.03
- 09.02.04
- 09.02.05
- 09.02.06

Otros

Firma y sello del Profesional

PARA USO EXCLUSIVO DEL RADIOLOGO

Cantidad de RX

09.01.01

09.01.02

09.01.03

09.01.04

09.01.05

09.02.01

09.02.02

09.02.03

09.02.04

09.02.05

09.02.06

Otros

Afiliado N°

Obra Social

Edad

Entidad Primaria

N° Matrícula del Odontólogo

Radiólogo:

Firma y sello del Radiólogo

Firma del Afiliado

Fecha: ____ / ____ / ____