

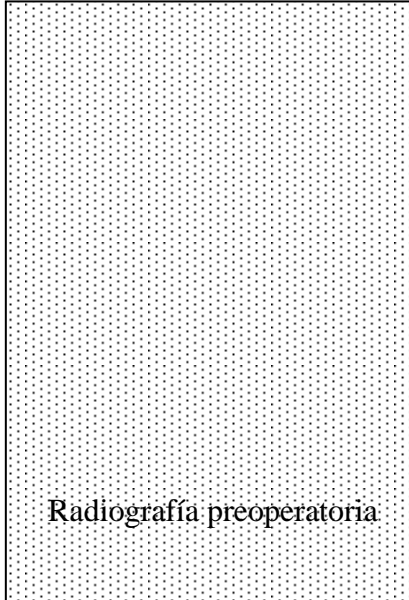


3. RADIOGRAFIAS TRATAMIENTO

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENDODONCIA Solicitud de admisión de Miembro Titular

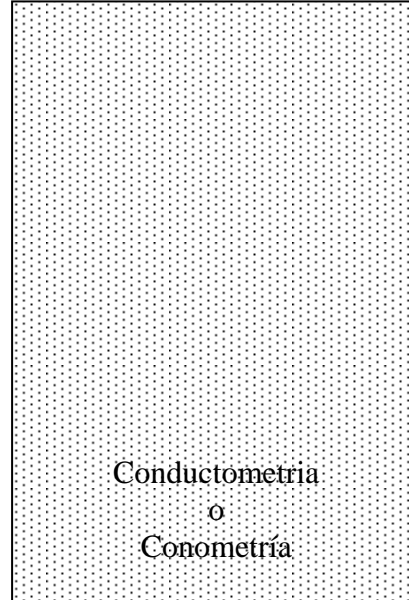
Caso nº		Diente nº		Iniciales del paciente		Edad del paciente	
---------	--	-----------	--	------------------------	--	-------------------	--

Este formulario debe imprimirse en papel fotográfico



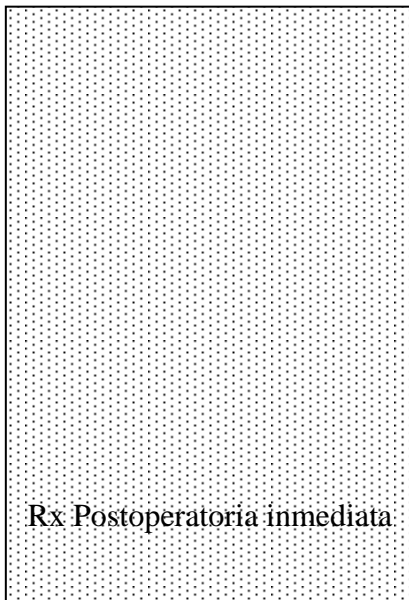
Radiografía preoperatoria

Radiografía preoperatoria



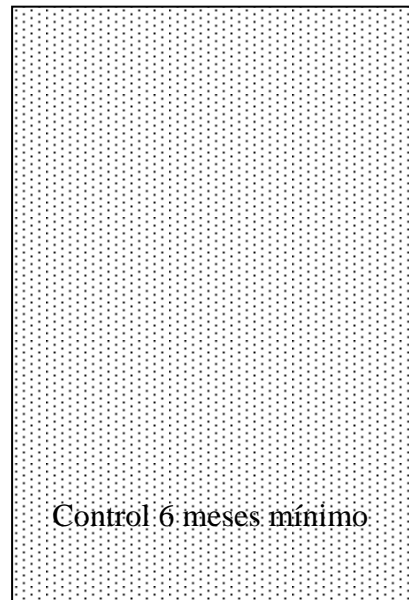
Conductometría
o
Conometría

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 RADIOGRAFIAS deberá ser de CALIDAD FOTOGRÁFICA. El tamaño de la imagen radiográfica impresa debe ser entre 4 x 7 cm. por 6 x 9 cm. y una resolución mínima de 300 ppp. En el CD incluido las imágenes pueden presentarse en formatos JPEG o TIFF o PPT (PowerPoint)