**ULTRASONOGRAFÍA MAXILOFACIAL**

|  |
| --- |
| **Nombre:** **RUT:** **Fecha Nacimiento: Edad:** **Fecha Examen:** **Motivo de Consulta:**  |

**EXAMEN REALIZADO.**

**ANTECEDENTES CLÍNICOS.**

**HALLAZGOS.**

**IMPRESIÓN.**

Atte.