**ULTRASONOGRAFÍA MAXILOFACIAL**

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

**EXAMEN REALIZADO.**

**ANTECEDENTES CLÍNICOS.**

**HALLAZGOS.**

**IMPRESIÓN.**

Atte.