

Datos del paciente

Nombre: Fecha nacimiento:

Edad: Fono: Rut:

Exámenes radiológicos

Adultos																Niños									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	5.5	5.4	5.3	5.2	5.1	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	8.5	8.4	8.3	8.2	8.1	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T

- Rx Periapical Rx Panorámica Digital
- Teleradiografía Digital Lateral
- Rx Bite-Wing Derecha Izquierda Teleradiografía Digital Frontal P-A
- Rx Periapical Total Rx Bite-Wing Extraoral
- Estudio de Posición: Análisis Cefalométrico
- Rx Oclusal

Cone Beam CT

- Diente o zona:
- Estudio de implante Fracturas Endodoncia Localización Incluidos
- Maxilar Mandibular Bi Maxilar
- ATM
- Otros estudios:

Nomenclatura: Internacional Convencional **Formato de entrega:** E-mail Impresa

Antecedentes Clínicos:

Solicitado por Dr. (a): Fono:

E-mail: Dirección:

Las radiografías se cancelan al momento de ser tomadas.