

Imagenología - Radiología Maxilofacial

Nombre Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Rut: _____

E-mail: _____

ENTREGA DE EXAMENES EN: Email CD Impresos Informes

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
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
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
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
5.5	5.4	5.3	5.2	5.1	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5
8.5	8.4	8.3	8.2	8.1	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5
K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T

RAYOS SOLICITADOS (Digitales)

- Rx. Retroalveolar Pieza N° _____
- Rx. Retroalveolar Total
- Bite Wing
- Rx Panorámica
- Rx ATM 2 Posiciones (M.I.C. - A.M.)
- Rx Carpo (Mano)
- Rx Otras _____
- Fotos Clínicas
- Boca Cara

- Teleradiografía**
- Lateral Frontal
- Watters C7
- Análisis Cefalométricos**
- Ricketts Steiner
- Roth Mc Namara
- Jarabak Powell
- Otros _____

Observaciones _____

Tomografía Computarizada Alta Resolución CONE BEAM - Icat

- Maxilar Superior
- Maxilar Inferior
- Bimaxilar
- Zona Pieza N° _____
- ATM en 1 posición
- ATM en 2 posiciones (MIC.AP)
- Imágenes 3D _____
- CBCT _____
- Otros _____

Diagnóstico Clínico: _____

Solicitado por: _____

Email: _____ Teléfono: _____

Fecha: _____ Firma: _____