

Nombre paciente:  
R.U.T.:  
Fecha de nacimiento:  
Teléfono de contacto:

Edad:  
D.G. Clínico:  
Observar:

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
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
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
1.8 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

## SOLICITUD DE RADIOGRAFIAS.

RX Intraorales

Digitales  \_\_\_\_\_

Análogas  \_\_\_\_\_

Periapical unitaria  \_\_\_\_\_

Periapical total  \_\_\_\_\_

Deslizamiento  \_\_\_\_\_

Bitewing  \_\_\_\_\_

Oclusal  \_\_\_\_\_

Le Master  \_\_\_\_\_

Angulo bajo  \_\_\_\_\_

RX Extraorales digitales

Panorámica  \_\_\_\_\_

Teleradiografía lateral  \_\_\_\_\_

Teleradiografía frontal  \_\_\_\_\_

Análisis cefalométrico  \_\_\_\_\_

Estudios senos paranasales  \_\_\_\_\_

Estudio trauma mandibular  \_\_\_\_\_

Estudio ATM  \_\_\_\_\_

Estudio de carpo  \_\_\_\_\_

Estudio Histológico  \_\_\_\_\_

## TOMOGRAFIA CONE BEAM 3D

Maxilar superior  \_\_\_\_\_

Maxilar inferior  \_\_\_\_\_

Zona dientes  \_\_\_\_\_

ATM  \_\_\_\_\_

Solicitado por Dr./Dra:

Teléfono:

Fecha:

Envío de RX por e-mail:

# Horario de atención

Lunes a viernes.  
9:30 a 13:30 / 15:30 a 19:30 hrs.  
Sábados.  
9:30 a 12:30 hrs.

Edwards 660, of. 605, piso 6.  
Edificio Dr. Enrique Deformes.  
Valparaíso.

