



Paciente: _____

Fecha de solicitud: __/__/__

RUT: _____

Fecha de Nac: __/__/__

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Diagnóstico clínico: _____

Se desea saber: _____

EXÁMENES SOLICITADOS

ADULTOS

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

NIÑOS

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

Exámenes 2D

- ☐ Rx. Retroalveolar diente N° _____
- ☐ Rx. Retroalveolar total
- ☐ Rx. Bite – Wing _____
- ☐ Rx. de deslizamiento diente N° _____
- ☐ Rx. Panorámica
- ☐ Rx. de Mano
- ☐ Rx. de ATM
- ☐ Telerradiografía de Perfil
- ☐ Telerradiografía Frontal (PA)
- ☐ Análisis cefalométrico: ☐ Steiner ☐ Ricketts ☐ Jarabak ☐ Otro _____

Tomografía Computarizada Cone Beam 3D

- ☐ Zona / Diente N°: _____
- ☐ Maxilar
- ☐ Mandibular
- ☐ Terceros molares, diente N° _____
- ☐ Estudio planificación de implantes:
- ☐ Unitario, diente N° _____
- ☐ Maxilar, zona dientes N° _____
- ☐ Mandibular, zona dientes N° _____
- ☐ Estudio de localización, diente N°: _____
- ATM: ☐ Boca cerrada
- ☐ Boca abierta

☐ Grabar en CD

☐ Enviar por correo

Solicita Dr (a): _____

Fono: _____

@ E-mail : _____