



Dra. Karina Apará A.  
Dr. Manuel Henríquez A.

Libertad 845 - Edificio - Don Alfonso  
Oficina 501 - 5to Piso  
Fono: 422220321  
WhatsApp: +569 58171231  
Chillán

Nombre				Rut			
Edad	Fecha Nacimiento			Fono		Fecha Solicitud	

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	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

<b>ESTUDIO RADIOGRÁFICO</b>		<input type="checkbox"/> Impreso	<input type="checkbox"/> Solo digital Correo electrónico
<input type="checkbox"/> Retroalveolar Piezas N° _____ <input type="checkbox"/> Retroalveolar Total <input type="checkbox"/> Bite - Wing <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Panorámica Digital 1:1 <input type="checkbox"/> Telerradiografía Digital <input type="checkbox"/> Lateral <input type="checkbox"/> Frontal		Cefalometría Computarizada <input type="checkbox"/> Ricketts <input type="checkbox"/> Jarabak <input type="checkbox"/> Steiner <input type="checkbox"/> Roth <input type="checkbox"/> Sassouni <input type="checkbox"/> Mcnamara <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Mano <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Oclusal <input type="checkbox"/> Inferior <input type="checkbox"/> A.T.M. Digital	

<b>TOMOGRAFÍA VOLUMETRICA CONE BEAM</b>		<input type="checkbox"/> Placas por correo electrónico	<input type="checkbox"/> Placas Impresas
		<input type="checkbox"/> Archivos Dicom por correo electrónico	<input type="checkbox"/> Solo CD
<input type="checkbox"/> Estudio	<input type="checkbox"/> Implantes	<input type="checkbox"/> Endodoncia	<input type="checkbox"/> Localización
<input type="checkbox"/> Maxilar	<input type="checkbox"/> ATM		
<input type="checkbox"/> Mandibular	<input type="checkbox"/> Boca Cerrada		
<input type="checkbox"/> Bimaxilar	<input type="checkbox"/> Boca Abierta		
<input type="checkbox"/> Facial			
<input type="checkbox"/> Zona Pieza _____			

<b>Diagnóstico Clínico:</b>	
Solicitado por Dr.(a)	Teléfono:
Dirección	
<input type="checkbox"/> Envío E-Mail:	