



Radiólogos Maxilofaciales
 Dra. Karina Apra A.
 Dr. Manuel Henríquez A.

www.dentoanalysis.cl

Nombre		Fecha nacimiento
Edad	Fono	Fecha

NOMENCLATURA: Convencional Internacional

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

ESTUDIO RADIOGRÁFICO

<input type="checkbox"/> Retroalveolar Piezas N° _____	<input type="checkbox"/> Telerradiografía Digital <input type="checkbox"/> Lateral
<input type="checkbox"/> Retroalveolar Total	<input type="checkbox"/> Frontal
<input type="checkbox"/> Bite - Wing <input type="checkbox"/> Bilateral	<input type="checkbox"/> Cefalometría Computarizada
<input type="checkbox"/> Derecha	_____ (Indicar Cefalograma)
<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> A.T.M. Digital
<input type="checkbox"/> Panorámica Digital 1:1	<input type="checkbox"/> Mano
<input type="checkbox"/> Oclusal	<input type="checkbox"/> Estudio de localización

i-CAT TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE ALTA RESOLUCIÓN (CONE BEAM):

<input type="checkbox"/> Estudio para Implantes Maxilar	<input type="checkbox"/> Superior	<input type="checkbox"/> Inferior
<input type="checkbox"/> Estudio de Localización		
<input type="checkbox"/> Evaluación Zona		
<input type="checkbox"/> Tomografía ATM	<input type="checkbox"/> Boca Abierta	<input type="checkbox"/> Boca Cerrada

Diagnóstico Clínico:

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

Libertad 845 - Edificio Don Alfonso - Oficina 501 - 5to Piso - Chillán
 Teléfono: 422220321

Horario de Atención Continuada: Lunes a Viernes 09:30 a 20:00 hrs.

Impresora La Diferencia S.A. - Fono: 422221145 - Chillán