



Radiología Dental Maxilofacial y 3D

Tomografía Computarizada de Alta Resolución Cone Beam

Dr. Nelson Reis Rocha
Dr. Daniel Torres Navarrete
Radiólogos Máxilofaciales

MAIPÚ: AV. PAJARITOS 3195 - 7° PISO OF. 705, (EDIFICIO CENTRO MAIPÚ) ☎ 22944-1348

SANTIAGO CENTRO: NUEVA YORK 53 - 8° PISO - OF. 84 (EDIFICIO NUEVA YORK 53) ☎ 22671-4265

LA FLORIDA: AV. VICUÑA MACKENNA PONIENTE 7255 - 7° PISO OF. 710, (EDIFICIO BELLAVISTA) ☎ 22294-3229

PUENTE ALTO: IRARRÁZVAL 0180 - 5° PISO OF. 502, (EDIFICIO DON CARLOS) ☎ 22850-0351

Nombre Paciente: _____

RUT: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Fono: _____ Fecha: _____ Fecha entrega (uso interno): _____

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

EXÁMENES SOLICITADOS

- Rx. Periapical pieza n° _____
- Rx. Periapical Total Rx. Bite-wing
- Rx. Oclusal _____
- Panorámica Telerradiografía Lateral
- Rx. Mano Telerradiografía Frontal
- Fotos Clínicas (SOLICITAR HORA)
(Cd Papel Fotografico)
- ATM Lateral (Boaca abierta y cerrada)

ANÁLISIS CEFALOMÉTRICO:

- Ricketts Steiner Macnamara
- Roth Jaraback Sassouni-Plus
- Otros: _____

SCANNER CONE BEAM 3D (SOLICITAR HORA)

- Maxilar Superior (Zona Piezas): _____
- Maxilar Inferior (Zona Piezas): _____
- Estudio de localizacion: _____
- Estudio de ATM _____
- Otros: _____

FORMA DE ENTREGA:

- Con Informe Radiológico
- Entrega Inmediata (sin informe)

Diagnóstico Clínico: _____

Dr. (a): _____ Fono: _____

Dirección: _____

Horarios toma de exámenes: Lunes a Viernes: 10:00 a 19:00: (Horario continuado) Sábados: 10:00 a 12:30

Horario retiro de exámenes: Lunes a Viernes hasta las 19:30 y Sábados hasta las 13:00 hrs.