



Nombre Paciente: _____

Edad: _____ Fono: _____ Fecha: _____

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
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
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

Radiografía Digital Intraoral

- Retroalveolar Piezas _____
- Retroalveolar Total (reservar hora)
- Bite Wing Bilateral
- Bite Wing Izquierda Derecha
- Oclusal Superior Inferior
- Deslizamiento Pieza _____

Radiografía Digital Extraoral

- Panorámica
- Telerradiografía Lateral Frontal
- ATM Seriada Lateral Frontal
- Carpo

Cefalometría Computarizada

- Ricketts Steiner Jarabak
- Bjork Roth Mc Namara
- Otros _____

Tomografía Computarizada Cone Beam

- Bimaxilar
- Unimaxilar Superior Inferior
- Zona pieza _____
- Otros _____

Diagnóstico Clínico: _____

Observaciones: _____

Solicitado por Dr. (a): _____

Fono: _____ E-Mail: _____

Avda. Pajaritos 3195 Piso 9 Of. 918
Edificio Centro Maipú
Metro Santiago Bueras



Contacto

Fono: 232239120

radiomaxsantiago@gmail.com

www.radiomaxsantiago.cl