

SOLICITUD EXAMENES

FECHA: / /

Nombre
Paciente: _____

F. Nacimiento: _____ Rut: _____ Fono: _____

Correo Paciente: _____

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

ELEGIR LOS EXÁMENES → ESCRIBIR EL OBJETIVO DEL EXAMEN → ELEGIR FORMATO DE ENTREGA

1.- EXAMENES

INTRAORALES 2D

- Radiografía retroalveolar por pieza(s): _____
- Radiografía retroalveolar total
- Radiografía retroalveolar ángulo bajo por pieza: :_____
- Radiografías Bite Wing Bilateral
- Radiografías Bite Wing Unilateral: _____

EXTRAORALES 2D

- Panorámica
- Telerradiografía Lateral
- Telerradiografía Frontal
- Radiografía Mano (Carpo)
- Kit Ortodoncia: panorámica + telerradiografía lateral
- Análisis Cefalométrico:
 - Rickets Steiner
 - Macnamara Roth
 - Jaraback Otro : _____

EXTRAORALES 3D

- Tomografía C. Conebeam sector o pieza: _____
- Tomografía C. Conebeam maxilar
- Tomografía C. Conebeam mandibular
- Tomografía C. Conebeam Bi-maxilar
- Tomografía C. Conebeam ATM unilateral boca cerrada. izquier. derecha
- Tomografía C. Conebeam ATM unilateral boca abierta. izquier. derecha
- Tomografía C. Conebeam ATM bilateral boca cerrada
- Tomografía C. Conebeam ATM bilateral boca abierta

2.- OBJETIVO EXAMENES:

3.- ENTREGA:

- 2D:**
- Inmediata sin Informe
 - Sin Informe
 - Con Informe
- 3D:**
- Sin Informe
 - Con Informe (cortes)
 - Visor + reporte imágenes
 - Archivos DICOM
 - Otro: _____

- Plazos:**
- Inmediata sin informe (solo 2D): 2 hrs.
 - Sin informe: 2D: 12 hrs hábiles, 3D: 24 hrs hábiles
 - Con informe: 2D: 2 días hábiles, 3D: 3 días hábiles

Nataniel Cox 31, oficina 68 (piso 6), Santiago.
+56 973910622 (whatsapp - teléfono)
radiologiacenn@gmail.com
Lun-vie: 9:00-12:30 hrs., 14:00 -18:30 hrs.
Sábado: 9:00-12:30 hrs.

