

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.

