



## ORDEN DE EXAMEN RADIOLOGICO

Nombre \_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_ Fono \_\_\_\_\_

Dr(a). Solicitante \_\_\_\_\_ Fecha Solicitud \_\_\_\_\_

Email Dr(a). \_\_\_\_\_ Fono \_\_\_\_\_

## ESTUDIO RADIOLOGICO

### EXAMEN 2D

#### INTRAORAL

- Retroalveolar  
Dientes: \_\_\_\_\_
- Retroalveolar Total
- Bite Wing Derecha  Izquierda
- Oclusal

#### EXTRAORAL

- Panorámica
- Teleradiografía Lateral  Frontal
- Análisis Cefalométrico  
Steiner  Jarabak  Sassouni Plus   
Rickets  Clark  McNamara
- Otro: \_\_\_\_\_

### EXAMEN 3D - Cone Beam CT

- CBCT Diente (s) o Sextante(s) Indicar: \_\_\_\_\_
- CBCT Maxilares Maxilar  Mandíbula  Bi-Maxilar
- CBCT ATM 1 Posición  2 Posiciones
- CBCT Máxilo-facial Cirugía  Ortodoncia  Vía aérea
- CBCT Cavidades Paranasales

**Formato de entrega** Placa Digital  Viewer (DVD)  DICOM

**Diagnóstico Clínico:** \_\_\_\_\_

**Se desea saber:** \_\_\_\_\_

**Manuel Bulnes 815 - Oficina 313.** Edificio Las Raíces, Temuco.

**Fono:** 45 2231350 ☎ +56 9 8739 0537 **Sitio Web:** rxpanoramix.cl

**Horario de atención:** Lunes a Viernes - **Mañana:** 09:00 a 14:00 Hrs. - **Tarde:** 15:00 a 19:00 Hrs.