



Manuel Antonio Matta 520 - 2º piso Osorno

Fono: 64 2 249760

 +569 3927 1126

Solicitud de Estudio Radiográfico

Fecha: _____

Nombre Paciente: _____

Edad: _____

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	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	3.9
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:

- ☐ Retroalveolar periapical de pzas.
☐ Retroalveolar de boca completa.
☐ Bite-wing bilateral. ☐ Bite-wing unilateral _____
☐ Ortopantomografía estándar
☐ Ortopantomografía con ampliación constante Factor 1.25
☐ Teleradiografía lateral ☐ Posterior anterior
☐ Estudio de ATM 3D ☐ Boca cerrada ☐ Boca abierta
☐ Estudio de ubicación de pzas. (Técnica Cone Beam)
☐ Estudio de senos paranasales. (Técnica Cone Beam)
☐ Scanner de Alta Resolución Cone Beam
 Zona de interés
 Marcación canal dentario SI ☐
☐ Archivos. (DICOM)

Cefalometría:

- ☐ Jarabak
☐ Macnamara
☐ Ricketts lateral
☐ Steiner
☐ Otros _____

CONE BEAM:

- ☐ Solo Arco Sup.
☐ Solo Arco Inf.
☐ Pza N° _____

Exámenes, Informes y Enlaces se envían por e-mail

E-mail doctor que solicita: _____

Firma del Dr(a) _____