

Nombre Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Rut: _____ Fecha: _____

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
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			

Estudio Radiográfico Digital

- Retroalveolar dientes N° _____
- Retroalveolar total
- Bite-Wing
- Panorámica
- Teleradiografía lateral
- Teleradiografía frontal
- Edad ósea en mano
- Análisis Cefalométrico Computacional**
- _____

Tomografía Computarizada Alta Resolución Cone Beam (Solicitar hora)

- Zona Diente(s) _____
- Maxilar (arcada completa)
- Mandíbula (arcada completa)
- Cavidades Perinasales
- A.T.M
- Vía Aérea
- Maxilofacial (nasion-submandibular)
- Otros _____

Ecotomografías (Solicitar hora)

- Partes blandas _____
- Rellenos estéticos faciales _____

Diagnóstico clínico y observaciones:

Nomenclatura:

- FDI Nacional

Solicitado por Dr(a): _____

E-mail: _____

Dirección: _____

Fono: _____

Reserva tu hora:

