



Solicitud Examen Radiológico

Dra. Patricia Maureira T.

Dirección: Cochrane 635, Torre B, Of. 405, Edificio Centro Plaza, Concepción.

Fonos: (41) 2 740290 / 2 748590 / +56 9 8228 0490

Horario continuado: Lunes a Jueves: 9:00 a 18:45 hrs.

Viernes: 9:00 a 18:00 hrs.

Nombre:

RUT: Fecha de Nacimiento:

Edad: Teléfono:

Fecha: Nomenclatura: ☐ ADA ☐ FDI ☐

ADULTOS	NIÑOS
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 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32	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 A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T

Retroalvear Piezas N°

• Retroalvear boca completa ☐	• Bite Wing ☐ ☐
	Izq. Der.
• Panorámica ☐	• Teleradiografía ☐ • Lateral
• Oclusal ☐	☐ • Frontal
• Carpo ☐	
• Estudio Localización ☐	• Análisis Cefalométrico ☐

Otras Técnicas

Cone Beam ProMax 3D

Diagnóstico Clínico:

Dr. (a): Teléfono:

Dirección: E-mail: