

PACIENTE Nombre: _____ Ap. Paterno _____ Ap. Materno _____

Fecha Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ RUT: _____ FONO: _____

EXAMEN SOLICITADO

<input type="checkbox"/> Rx Retroalveolar pieza N°: _____ <input type="checkbox"/> Rx Retroalveolar Total <input type="checkbox"/> Rx Bite wing _____ <input type="checkbox"/> Rx Panorámica <input type="checkbox"/> Rx Teleradiografía: <input type="checkbox"/> Lateral <input type="checkbox"/> Frontal <input type="checkbox"/> Rx de Mano <input type="checkbox"/> Rx Otros: _____	Análisis Cefalométrico <input type="checkbox"/> Ricketts: <input type="checkbox"/> Lateral <input type="checkbox"/> Frontal <input type="checkbox"/> Roth <input type="checkbox"/> Jarabak <input type="checkbox"/> Steiner <input type="checkbox"/> Mc. Namara <input type="checkbox"/> Sassouni plus <input type="checkbox"/> Otro: _____
--	--

TOMOGRAFÍA COMPUTADA CONE BEAM (CBCT)

GRUPO: I II III
 VI V IV

ZONA: _____

GUÍA RADIOLÓGICA: SI NO

ATM: Bilateral Derecha Izquierda
 Apertura Cierre

OTRO: _____

Diagnóstico Clínico: _____

Solicitado por Dr(a): _____ Fono: _____

Dirección: _____ Email: _____ @ _____

ORTEX RADIOLOGÍA E.I.R.L.

Rut: 52.002.035-7

Av. Luis Thayer Ojeda Norte 073 of 804

Providencia SANTIAGO 🚗 Tobalaba

Fonos: +56 2 23341195 / +56 2 22343755

www.facebook.com/ortextradiologia

www.ortextradiologia.com

ortex.radiologia@gmail.com



HORARIO ATENCIÓN (con hora agendada)

Lunes a Viernes 08:30 a 19:30

Sábado(uno al mes) 10:00 a 13:00

