



CLÍNICA ODONTOLÓGICA
BELLO HORIZONTE

RADIOLOGÍA DIGITAL

Dr. GUSTAVO DIAZ ARMIJO

Radiología Dental y Maxilofacial

NOMBRE _____

EDAD _____ RUN _____

MAIL _____ 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
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
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 RADIOGRAFICO

☐ RX RETROALVEOLAR TOTAL

☐ RX ATM

☐ RX RETROALVEOLAR PIEZA(S) N° _____

☐ RX MANO-CARPO (DIGITAL)

☐ RX BITE WING _____

☐ TELERADIOGRAFIA FRONTAL

☐ RX PANORAMICA (DIGITAL)

☐ TELERADIOGRAFIA PERFIL

SCANNER CONE BEAM*

☐ MAXILAR SUPERIOR

☐ MAXILAR INFERIOR

☐ ATM

☐ ZONA DE PIEZA _____

☐ BIMAXILAR

CEFALOMETRIA COMPUTARIZADA

☐ RICKETTS

☐ ROTH JARABAK

☐ BJORK JARABAK

☐ STEINER

DIAGNÓSTICO CLÍNICO _____ ☐ RX CON INFORME

SE DESEA SABER _____ ☐ RX SIN INFORME

EXAMEN SOLICITADO POR DR(A) _____

DIRECCIÓN _____ FONO _____

E-MAIL _____

Bello Horizonte 781 - Of. 504 - Rancagua

Fono Recepción: 72 295 5467 -  +569 5654 8272