



RADIO DENTIX

RADIOLOGÍA DENTAL MÁXILOFACIAL

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre Paciente:	
Edad:	Email:
Fono:	

RADIOGRAFÍA DIGITAL INTAORAL

- ☐ Retroalveolar Piezas _____
- ☐ Retroalveolar Total
- ☐ Bite Wing Bilateral
- ☐ Bite Wing ☐ Izquierda ☐ Derecha
- ☐ Oclusal ☐ Superior ☐ Inferior
- ☐ Deslizamiento Pieza _____

RADIOGRAFÍA DIGITAL EXTRAORAL

- ☐ Panorámica
- ☐ Telerradiografía ☐ Lateral ☐ Frontal
- ☐ ATM Seriado

ESTUDIO CEFALOMÉTRICO

- ☐ Ricketts ☐ Steiner ☐ Jarabak
- ☐ Wits ☐ Downs ☐ McNamara
- ☐ Otros _____

TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA CONE BEAM

- ☐ Bimaxilar
- ☐ Unimaxilar ☐ Superior ☐ Inferior
- ☐ Zona pieza _____
- ☐ Otros _____
- _____
- _____
- _____

● Informe: ☐ Si ☐ No

● Diagnóstico clínico: _____

● Observaciones: _____

● Solicitado por Dr. (a): _____

● Fono: _____

● Email: _____



Prof. Darío Salazar 1785 Cerro Navia



administracion@radiodentix.com



+56993530909



9:00-13:00

14:00-18:00