



ORDEN DE RADIOGRAFÍA Dental

Padre Mariano 103. Piso 5, Of 501
Providencia - Santiago.
952076315
xray.cl2020@gmail.com

INFORMACIÓN PERSONAL

Paciente:

Rut :

Fecha de Nac:

Fono:

Correo:

RADIOGRAFÍAS 2D DIGITAL

- ☐ RETROALVEOLAR PIEZAS N°
- ☐ BITE WING
- ☐ PANORÁMICA
- ☐ TELERADIOGRAFÍA LATERAL
- ☐ TELERADIOGRAFÍA FRONTAL
- ☐ RX DE MANO
- ☐ ATM

ESTUDIOS CEFALOMÉTRICOS

- ☐ RICKETTS
- ☐ STEINER
- ☐ TWEED
- ☐ RICKETTS
- ☐ ROTH - JARABAK
- ☐ SASSOUNI PLUS
- ☐ OTROS:

RADIOGRAFÍAS 3D DIGITAL

- ☐ TOMOGRAFÍA BIMAXILAR
- ☐ TOMOGRAFÍA MAXILAR
- ☐ TOMOGRAFÍA MANDIBULA
- ☐ TOMOGRAFÍA TERCEROS MOLARES
- ☐ TOMOGRAFÍA POR ZONA - PIEZAS N°
- ENVIAR: CD ☐ DICOM ☐

CLÍNICA:

DR(A):

CORREO:

DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

DESEA SABER:

INFORME RADIOLÓGICO: SÍ ☐ NO ☐

Formato de entrega solo por Mail. Cuidemos juntos el medio ambiente. 

Horario de atención: De Lunes a Viernes de 9:00 a 18:45 y Sábados de 9:00am a 15:45.

(Horario continuado)