

ORDEN DE EXAMEN

Paciente: _____ Fecha: _____

RUT: _____ Email Pac: _____

Fecha Nac: _____ Tel Contacto: _____ Edad: _____

Dr(a): _____ Clinica: _____

Email Dr(a): _____

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J |
| 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 | 5.5 | 5.4 | 5.3 | 5.2 | 5.1 | 6.1 | 6.2 | 6.3 | 6.4 | 6.5 |
| 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 | 8.5 | 8.4 | 8.3 | 8.2 | 8.1 | 7.1 | 7.2 | 7.3 | 7.4 | 7.5 |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | K | L | M | N | O | P | Q | R | S | T |

INTRAORAL

Periapical Piezas _____ Digital Análoga Con Informe Sin Informe

RX Total Con Informe Sin Informe

Bitewing Derecha Izquierda Con Informe Sin Informe

Oclusal Superior Inferior Con Informe Sin Informe

ENVIAR POR EMAIL

EXTRAORAL

Panorámica Con Informe Sin Informe

Teleradiografía Lateral Anteroposterior Placas Impresas

RX Mano/Carpo ENVIAR POR EMAIL

ANÁLISIS CEFALOMÉTRICOS

Mcnamara Roth-Jarabak Ricketts Sassouni Plus

Jarabak Steiner Roth Otro: _____ Impreso

ENVIAR POR EMAIL

FOTOS Y MODELOS

Fotos Clínicas (Impresas) Incluir Overjet Impreso

Modelos de Estudio ENVIAR POR EMAIL

SCANNER - TOMOGRAFÍA - CONE BEAM

Scanner Maxilar Inferior Para evaluar: Implantes Con Informe Sin Informe

Scanner Maxilar Superior Terceros molares Placas Impresas

Scanner Zona: Fractura Placas PDF e Informe por Email

(Zona Máximo 3 piezas contiguas) Diente incluido CD con Visualizador

ATM boca abierta boca cerrada DICOM nativos por Email

Scanner con visualizador por Email

ME INTERESA SABER:

atención por orden de llegada
chequee horario en www.rxsanmiguel.cl