



RadiaX

Radiodiagnóstico Aconcagua

+569 2365 5742
 radiax.ltda@gmail.com
 Esmeralda 296, Of. 3
 Los Andes

SOLICITUD DE EXÁMENES

Nombre del paciente: _____

Rut: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: _____ Mail: _____

Dirección: _____

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

RADIOLOGÍA DIGITAL

- RX Periapical _____
- RX con desplazamiento _____
- Bite Wíng
- RX periapical total (incluye BW) _____
- Radiografía de Mano _____
- Radiografía Panorámica
- Teleradiografía Frontal Lateral
- Estudio Cefalométrico Digital

TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE ALTA RESOLUCIÓN CONE BEAM

- ATM
- Bimaxilar
- Maxilar
- Mandíbula
- Zona de dientes _____
- TIPO DE ESTUDIO**
- Implantes
- Lesiones, patología, fractura
- Endodoncia
- Biotipo Periodontal

DIAGNÓSTICO CLÍNICO / OBSERVACIONES

Solicitado por el Dr (a): _____

Clínica: _____ Teléfono: _____

Email: _____