

Paciente:

RUT:  Fecha Nacimiento:  Edad:

Email:

Fono:  Fecha Solicitud:

ENVIAR IMPRESO     ENVIAR POR EMAIL (DIGITAL)    INFORME: SI  NO

**Tomografía Computarizada  
CONE BEAM**

DICOM     Visor

- Maxilar
- Mandíbula
- Bimaxilar
- Unitario / Zona de Dientes N°
- ATM     Boca Abierta     Boca Cerrada
- Facial Completo

**ESTUDIOS en CBT:**

- Implantes
- Endodoncia
- Análisis de PENN
- Estadio Sutura Palatina Media
- Vía Aérea Superior
- Medidas Tejido Óseo V-P/L dte. X dte.
- Protocolo de Fariña
- Protocolo Simetric 3D
- Otros

**Radiografía Extraoral**

- RX Panorámica
- RX Telerradiografía Perfil
- RX Telerradiografía Frontal
- RX ATM     RX Mano

**Análisis Cefalométricos**

- Ricketts     Roth-Jarabak
- Steiner     Sassouni Plus
- Jarabak     Mc Namara

**Radiografía Intraoral**

- RX Retroalveolar
- RX de Deslizamiento Dte. N°
- RX Retroalveolar Total
- RX Bite-Wing

Adultos														Niños											
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
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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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
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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derecha								Izquierda								Derecha					Izquierda				

Antecedentes:

Enviado por Dr.(a):  Fono:

Email Dr.(a):