

Radiología Oral y Maxilofacial



Clínica Miraflores
Odontología Integral

Nombre Paciente: _____ Fecha: _____

F. de Nacimiento: _____ Edad: _____ Fono: _____

email: _____

R.U.T.: _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
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
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
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
5.5	5.4	5.3	5.2	5.1	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5
8.5	8.4	8.3	8.2	8.1	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5
K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T

Cefalometría Computarizada

- Periapical diente N° _____
- Periapical Total
- Panorámica + bitewing Rx. Oclusal
- Teleradiografía Lateral ATM
- Teleradiografía Frontal Rx.Mano

- Ricketts Roth
- Jarabak Frontal
- Tejidos blandos
- Harvord-Macnamara
- Steiner Tweed
- Sassouni Plus
- VTO _____ años

Tomografía computarizada de alta resolución

- Maxilar _____ Bimaxilar _____
- Mandíbula _____
- Estudio de ATM

Por Grupos

I	II	III
IV	V	VI

CD Pendrive email

Diagnóstico Clínico: _____

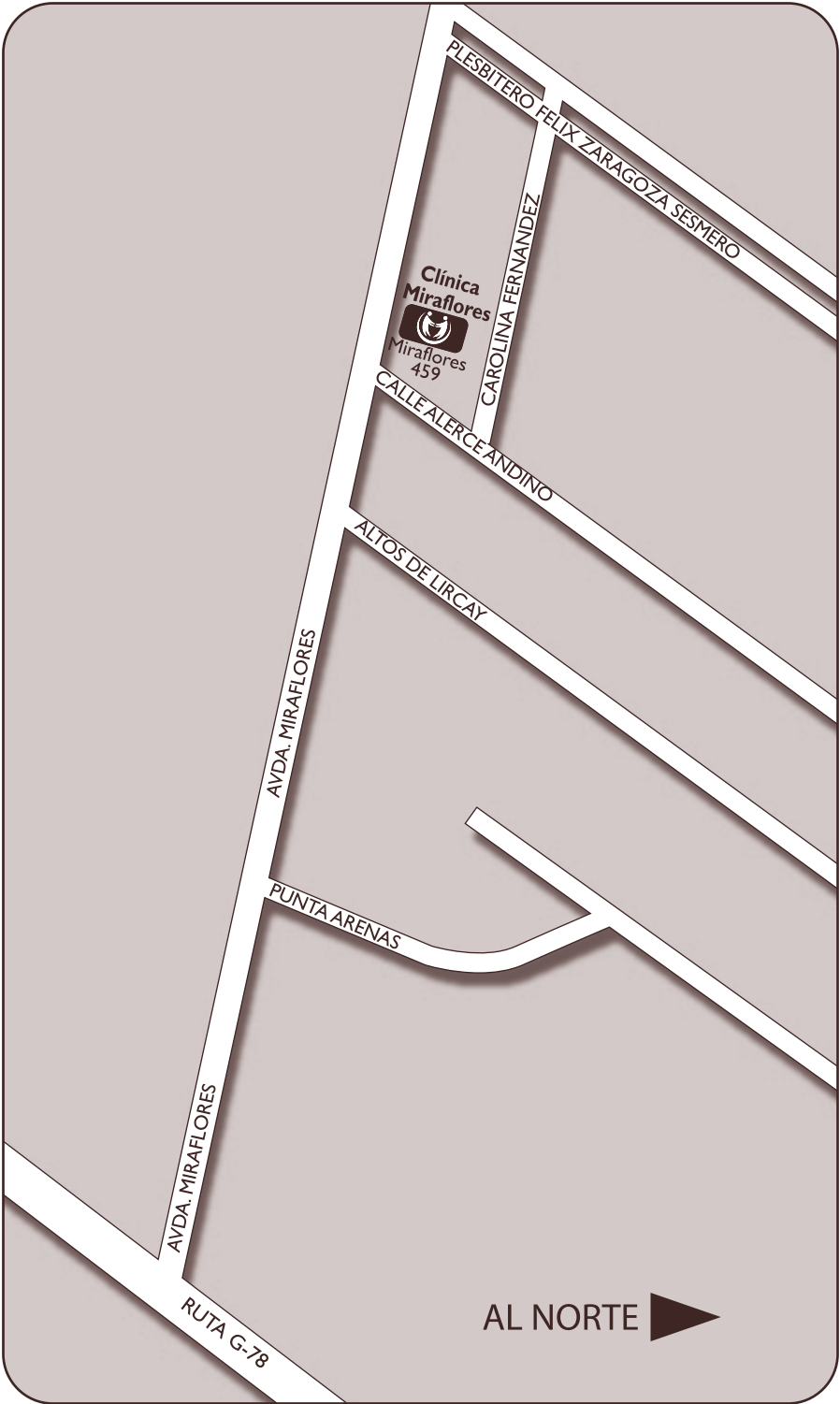
Solicitado por Dr.(a) _____ Fono _____

Enviar Radiografías a Clínica Si _____ No _____

Dirección _____

E-mail: _____

Miraflores 459 - Malloco - Peñaflo
Fonos: +56 22 974 7723 / +56 9 6107 1021
e-mail:clinicamirafloresmalloco@gmail.com



Clínica
Miraflores
Miraflores
459

AL NORTE