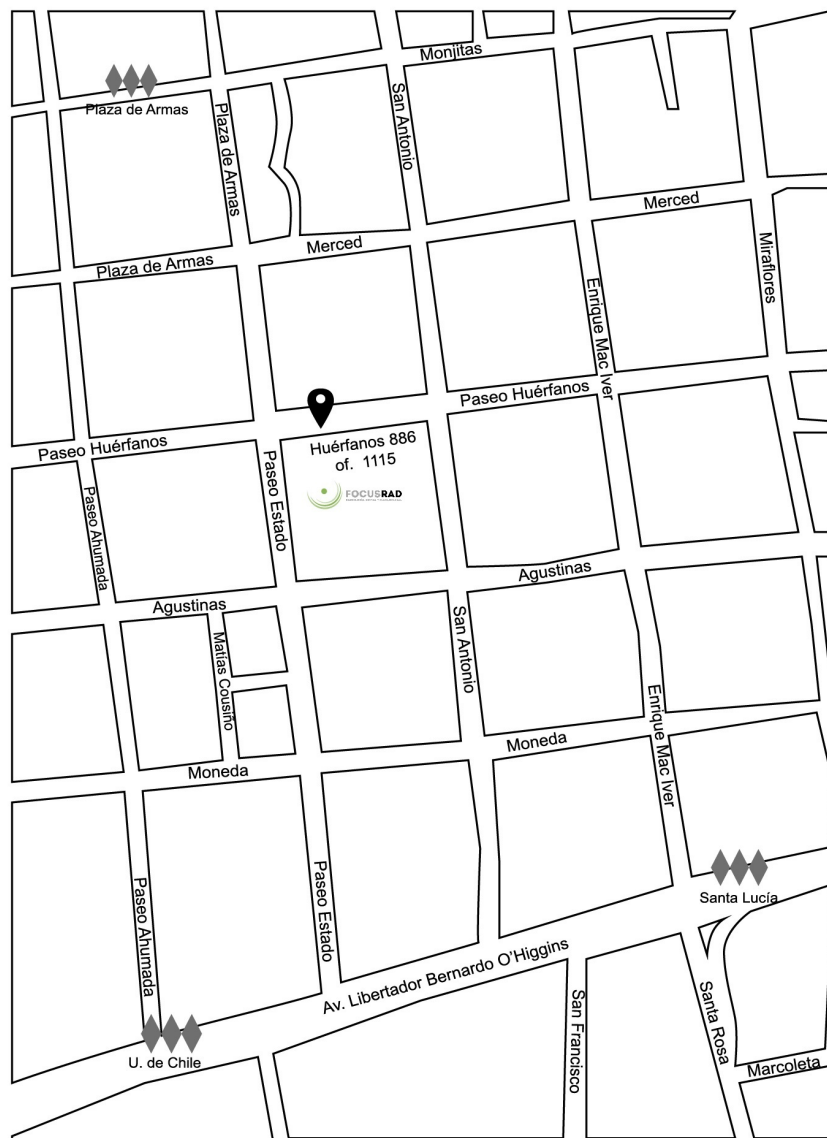




Huérfanos 886, Of. 1115, Piso 11, Santiago Centro
Metro Plaza de Armas (Línea 5) ó
Metro Universidad de Chile (Línea 1)



FOCUSRAD
 RADIOLOGÍA DENTAL Y MAXILOFACIAL

Huérfanos 886 Of. 1115, Santiago Centro
 Tel: 2 2633 8031 / 2 2633 1132
 Celular y Whatsapp: +56 9 9483 0240

contacto@focusrad.cl
 www.focusrad.cl

Horario de Atención: Lunes a Viernes de
 09:30 a 19:30. Sábados de 9:30 a 13:00

Paciente: _____ Edad: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ RUT: _____
 Teléfono: _____ Fecha: _____

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

ESTUDIO SOLICITADO

- ☐ Rx Retroalveolar Diente(s): _____
☐ Rx Retroalveolar Total
☐ Rx BiteWing _____
☐ Rx Panorámica
☐ Rx Oclusal Superior _____
☐ Rx Oclusal Inferior _____
☐ Set de Fotografías Clínicas

Scanner Tomografía Cone Beam 3D:

- ☐ Bimaxilar
☐ Maxilar
☐ Mandíbula
☐ Zona Diente(s): _____
☐ ATM

☐ Adjuntar archivos DICOM

Teleradiografía:

- ☐ Lateral
☐ Frontal
☐ Mano

Análisis Cefalométricos:

- ☐ Ricketts
☐ Jarabak
☐ Steiner
☐ Tweeds
☐ Roth
☐ Clark
☐ Mc Gann
☐ Sassouni-Plus
☐ Otro: _____

Diagnóstico clínico: _____

Se desea saber: _____

Envía Dr(a): _____ Teléfono: _____

Clínica: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Enviar por correo electrónico: ☐ Examen ☐ Informe