



Imedent
RADIOGRAFÍA MAXILOFACIAL DIGITAL

CENTRO RADIOLÓGICO MAXILOFACIAL IMEDENT

DIR: PEREZ 229, LEBU FONO: +569 57015708

CONTACTO@IMEDENTLEBU.CL

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

RUT: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

FONO: _____ **FECHA:** _____

EXÁMENES SOLICITADOS

ADULTOS

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

NIÑOS

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

☐ RX RETROALVEOLAR PIEZAS N°

☐ RX BITEWING

☐ RX OCLUSAL: MAXILAR - MANDIBULAR

☐ RX PANORÁMICA

☐ RX TELERRADIOGRAFÍA PERFIL

☐ ANÁLISIS CEFALOMÉTRICO: _____

☐ RX ATM

☐ RX MANO

☐ RX TELERRADIOGRAFÍA FRONTAL

PROPÓSITO DEL EXÁMEN: _____

TOMOGRFÍA VOLUMÉTRICA CONE BEAM

☐ MAXILAR

☐ MANDIBULAR

ESTUDIOS TERCEROS MOLARES

☐ 1.8 (1)

☐ 2.8 (16)

☐ 4.8 (17)

☐ 3.8 (32)

ESTUDIO PLANIFICACIÓN IMPLANTES

☐ UNITARIO PIEZA N° _____

☐ MAXILAR SECTOR N° _____

☐ MANDIBULAR SECTOR N° _____

CBCT CRÁNEO- FACIALES

☐ TRAUMA FACIAL

☐ TOMOGRAFÍA ATLAS- AXIS CAVIDADES PERINASALES

☐ SENOS MAXILARES FRONTALES ESFENOIDALES

☐ ESTUDIO LOCALIZACIÓN PIEZAS N° _____

☐ EVALUACIÓN DE ASIMETRÍAS

☐ ATM

☐ ESTUDIO TRANSVERSAL MAXILAR-MANDIBULAR
(SUTURA MEDIA PALATINA)

PROPÓSITO DEL EXÁMEN: _____

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: _____

ENVIADO POR DR: _____

EMAIL _____

TODOS LOS EXÁMENES SERÁN ENTREGADOS SÓLO EN FORMATO DIGITAL