



RADIÓLOGOS DENTO MÁXILO-FACIALES
DRA. PILAR OBREQUE BRIONES
DR. RODRIGO VARGAS OBREQUE

CAUPOLICAN 201 - SEGUNDO PISO
LOS ANGELES

Nombre: _____ Fecha:

Fecha de Nacimiento Fono: _____

SE SOLICITA EXAMEN:

Rx. Intraoral Convencional (entrega física)

Diente (s): _____

Boca Completa: _____

Localización diente (s): _____

Bite wing: _____ Der. Izq.

Rx Oclusal

Rx. Intraoral Digital (entrega por e-mail)

Diente (s): _____

Boca Completa: _____

Localización diente (s): _____

Bite wing: _____ Der. Izq.

Extraorales Digitales

Enviar por e-mail: Informe Imagen

Ortopantomografía: _____

Tele-Radiografía Lateral _____ Tele-Radiografía Frontal _____

Cefalometría Computarizada: _____

Rx Carpo (edad ósea): _____ Obs: _____

Tomografía Volumétrica de Haz Cónico (Cone Beam) - Scanner Dental

Estudio para implantes Unitario Diente (s) N° _____

Unimaxilar Diente (s) N° _____

Bimaxilar Diente (s) N° _____

Estudio (s) pieza (s) dentaria (s) Diente (s) N° _____ (endodoncia, cirugía, traumatismo, localización)

ATM Bilateral Aper. y Cierre Bilateral Aper. - Cierre - Atlas Axis

Copia de Exámenes Extraorales - Cone Beam _____

Diagnóstico Clínico: _____

_____ / Enviar solo CD

Solicita Dr. (a): _____ Fono: _____

e-mail Dr. (a): _____ @ _____

e-mail Paciente: _____ @ _____

www.primadent3d.cl - Fono 43 2321912

Horario de Atención: Lunes a Viernes 09:30 a 19:30 horario continuado
Sábado 09:30 a 13:00 Hrs.