

ORDEN DE RADIOGRAFÍAS

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____ TELÉFONO: _____ FECHA: _____

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
Derecha								Izquierda							

NIÑOS

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

☐ Rx Retroalveolar N° _____

☐ Rx Bite - wing Bilateral

☐ Derecha

☐ Izquierda

☐ Teleradiografía

☐ Lateral

☐ Frontal

☐ Rx Total

☐ Rx Panorámica

☐ Convencional

☐ Implantes (1:1)

☐ Rx Mano

☐ Scanner Cone Beam Bimaxilar _____

☐ Scanner Cone Beam Maxilar _____

☐ Scanner Cone Beam Mandíbula _____

☐ Tomografía Computada

☐ 1 y 16

☐ 17 y 32

☐ Scanner 3D por Grupo _____

☐ Scanner Cone Beam ATM Unilateral

☐ Scanner Cone Beam ATM Bilateral

☐ Radiografía de ATM

☺ Diagnóstico clínico: _____

☺ Solicitado por Dr. (a): _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____ @ _____

San Crescente 190, Barrio El Golf, Las Condes, Santiago • Chile

Teléfonos: (+56)2 2406 9220 • (+56)2 2406 9234

rayos@centroradiologico.cl

www.centroradiologicosc.cl