

ESTAMOS UBICADOS

Miraflores

Av. José Pardo 138 of. 306

Telf. 245-1141

Edificio Neptuno
Al Costado de Saga Fallabela
miraflores@centroradiologico.com.pe

La Molina

Av. Javier Prado N° 5250 of. 205

Telf. 443-4319

"Centro Comercial La Fontana"
Ref. Cruce Javier Prado y Frutales
lamolina@centroradiologico.com.pe

Central Whatsapp

 **983 779 616**

San Juan de Lurigancho

Av. Gran Chimú N° 681

Telf. 651-0256

Ref. Frente al Casino Mambo
sjl@centroradiologico.com.pe

Los Olivos

Av. Antúnez de Mayolo 1290 of. 202

Telf. 685-23694

losolivos@centroradiologico.com.pe

Síguenos Como: 

/centroradiologicodigital

245-1141
 **CENTRAL TELEFÓNICA**

Actualice sus Datos

SOLICITE SUS ÓRDENES IMPRESAS: www.centroradiologico.com.pe

SOLICITADO POR Dr. / Dra. REFERENTE

C.O.P. N°

SOLICITADO POR LA INSTITUCIÓN

CODIGO N°

DIRECCIÓN

TELÉFONOS

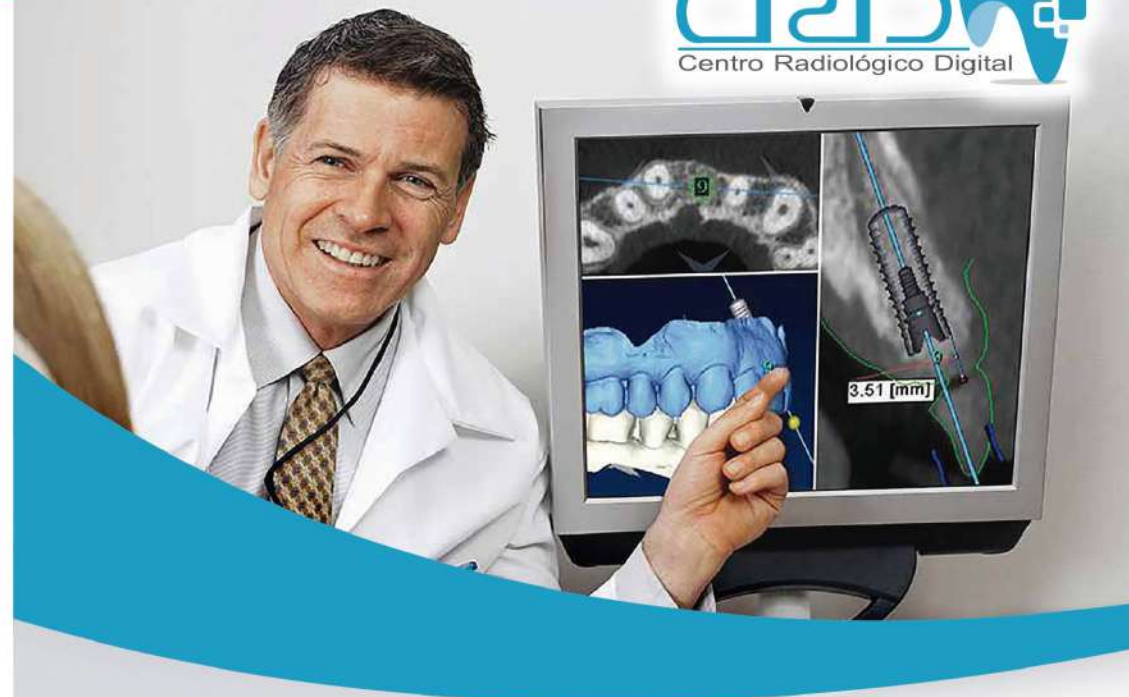
CELULAR

EMAIL

Horario de Atención:

Lunes a Viernes: 9am. a 8pm.

Sábados: 9am. a 7pm. (Horario Corrido)



SOLICITUD RADIOLÓGICA

Paciente: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

DNI: _____ Carnet de Extranjería: _____ Sexo: ☒ F ☐ M

Teléfono: _____ Celular: _____

Email: _____

- ¿Cuál es el motivo del estudio solicitado/algún aspecto clínico específico para el estudio de su paciente?

NOTA: En caso se encuentre en gestación, consultar con su doctor.



Periapicales (Pp)

D	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

D	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

LOCALIZACIÓN/UBICACIÓN DE DIENTE IMPACTADO.....

SERIADA

SERIADA 1 (14 PP + 4BW)

SERIADA 2 (14 PP + 4BW + PX)

Bitewing (Bw)

Oclusal

☐ Molares (2) ☐ Premolares (2) ☐ Superior ☐ Inferior

Panorámica (Px)

ATM

Panorámica (Px)

- ☐ Px Sola ☐ Px Parcial 1 (PX+2BW) ☐ Px Parcial 2 (PX+2PP) ☐ Px Parcial 3 (PX+1OCLUSAL)
- ☐ Px Completa 1 (Px+ 2PP+2BW) ☐ Px Completa 2 (Px+4BW) ☐ Px Completa 3 (Px+4PP)
- ☐ Px Completa 4 (Px+2OCLUSALES)

Análisis Cefalométrico

Sin análisis

Con análisis

- ☐ Ricketts ☐ Ricketts Resumido ☐ Downs ☐ I.S.N. ☐ U.C.SUR
- ☐ Steiner ☐ U.S.P. ☐ Adenoides ☐ Mc. Namara ☐ Tweed
- ☐ U.P.C.H. ☐ Rocabado ☐ Jarabak ☐ Bjork-Jarabak ☐ Roth-Jarabak
- ☐ Burstone-Legan ☐ C.D.O. ☐ Schwarz ☐ Análisis de Tweed-Merrifield
- ☐ Tejidos blandos ☐ Vto. Crecimiento
- ☐ Lateral estricta 7ma. vértebra

Frontal / Postero Anterior

- ☐ Sin análisis ☐ Con análisis (Ricketts Frontal)

Exámenes Complementarios

- ☐ Fotos extraorales ☐ Fotos intraorales

Carpal (Edad ósea)

- ☐ Sin análisis
- ☐ Ringertz & Erklof ☐ Fishman ☐ Tw- 2

Documentación Ortodóntica

Paquetes Ortodónticos

- ☐ Orto1: Px + Lx C/análisis (Inc. 2 análisis + fotos extraorales)
- ☐ Orto2: Px + Lx C/análisis + fotos extraorales e intraorales (inc. 2 análisis)
- ☐ Orto3: Px + Lx S/análisis

Tomografía Cone Beam 3D

- ☐ Con análisis ☐ Localización de diente impactado.....
- ☐ Sin análisis (solo CD) ☐ Area Patológica (Zona).....
- ☐ Senos Maxilares ☐ Fractura radicular.....
- ☐ Otros / Obs.

Implante/Endodoncia

D	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	I
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	

- ☐ Guías quirúrgicas para implantes.....

MUY IMPORTANTE: ¿Paciente es enviado con guías? **SI NO**