



Actualice sus Datos

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

SOLICITADO POR Dr. / Dra. REFERENTE

C.O.P Nº

SOLICITADO POR LA INSTITUCIÓN

CÓDIGO Nº

DIRECCIÓN

TELÉFONOS

CELULAR

EMAIL

ESTAMOS UBICADOS

San Juan de Lurigancho

Av. Gran Chimú Nº 681
Telf. 651-0256
 Ref. Frente al Casino Mambo
sjl@centroradiologico.com.pe

Miraflores

Av. Jose Pardo 138 of. 306
Telf. 245-1141
 Edificio Neptuno
 Al Costado de Saga Fallabela
miraflorres@centroradiologico.com.pe

245-1141
 CENTRAL TELEFÓNICA

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.

Síguenos Como: 
[/centroradiologicodigital](http://centroradiologicodigital)



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)

Ringertz & Erklof

Fishman

Sin análisis

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)

Área 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
	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