

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)

Molares (2)Premolares (2)

Oclusal

SuperiorInferior

Panorámica (Px)

ATM

Panorámica (Px)

Px SolaPx 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 análisisCon análisis

RickettsRicketts ResumidoDownsI.S.N.U.C.SUR

SteinerU.S.P.AdenoidesMc. NamaraTweed

U.P.C.H.RocabadoJarabakBjork-JarabakRoth-Jarabak

Burstone-LeganC.D.O.SchwarzAnálisis de Tweed-Merrifield

Tejidos blandosVto. Crecimiento

Lateral estricta 7ma. vértebra

Frontal / Postero Anterior

Sin análisisCon análisis (Ricketts Frontal)

Exámenes Complementarios

Fotos extraoralesFotos intraorales

Carpal ( Edad ósea)

Ringertz & ErklofFishmanTw- 2Sin análisis

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

Campo Amplio 20x21 (sede San Isidro)Campo Mediano 12x9Campo Pequeño 5x5 (sede Miraflores)

Con análisisSin análisis (solo CD)Senos Maxilares

Localización de diente impactado.....

Area Patológica (Zona).....

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

## UBÍCANOS EN

### San Isidro

Av. Rivera Navarrete 765 Of. 41

Al costado de Interbank

☎ (01) 733-3340

☎ 974-302-430

sanisidro@centroradiologico.com.pe

### San Juan de Lurigancho

Av. Gran Chimú 681 - 3er Piso

Ref. Frente al Casino Mambo

☎ (01) 651-0256

☎ 997-891-535

sjl@centroradiologico.com.pe

### Miraflores

Av. José Pardo 138 Of. 306

Al costado de Saga Falabella

☎ (01) 245-1141

☎ 997-890-934

miraflor@centroradiologico.com.pe

### Los Olivos

Av. Antunez de Mayolo 1290 Of. 202

☎ (01) 682-3694

☎ 983-779-616

losolivos@centroradiologico.com.pe

### La Molina

Av. Javier Prado 5250 Of. 205

Ref. Av. Javier Prado con Los Frutales

☎ (01) 443-4319

☎ 958-720-825

lamolina@centroradiologico.com.pe

## Actualice sus Datos

SOLICITE SUS ÓRDENES IMPRESAS: [www.centroradiologico.com.pe](http://www.centroradiologico.com.pe)

SOLICITADO POR Dr. / Dra. REFERENTE C.O.P. N°

SOLICITADO POR LA INSTITUCIÓN CÓDIGO N°

DIRECCIÓN

TELÉFONOS CELULAR

EMAIL

### Horario de Atención:

Lunes a Viernes: 9am. a 8pm.

Sábados: 9am. a 7pm.

### Síguenos Como:

[f](#) [ig](#) /centroradiologicodigital



## 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.