

NUESTRA UBICACIÓN



7 Norte 645 Of. 1007 - Edicio Centro Libertad
Viña del Mar

Fono & 📞 : +56 9 8589 3054

www.odontoscan.cl

mail: contacto@odontoscan.cl

📷 [odontoscan.cl](https://www.instagram.com/odontoscan.cl)  [odontoscan.cl](https://www.facebook.com/odontoscan.cl)

Horario de Atención:
Lunes a Viernes: 9:00 a 19:00 hrs. (Continuado)



ODONTOSCAN

Imagenología Dentomaxilofacial

DATOS DEL PACIENTE

FECHA: / /

Nombre: _____

RUT: _____ Edad: _____ Fecha Nac.: _____

Fono: _____

E-mail : _____

RADIOGRAFÍA INTRAORAL Y EXTRAORAL

- Rx Periapical Dtes. N° _____
- _____
- Rx Periapical con Deslizamiento Dte. N° _____
- _____
- Rx Periapical Total
- Rx Bite.Wing _____
- Rx Panorámica
- Telerradiografía Lateral
- Telerradiografía Frontal
- Rx Carpo (Edad ósea)
- Rx A.T.M. (BC - BA) _____

ANÁLISIS CEFALOMÉTRICO

- Steiner Jarabak Ricketts Otro _____

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

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
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
K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T

TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE HAZ CÓNICO (CONE BEAM CT)

Estudio de Planificación de Implantes / Estudio de Patología

- Unitario (Zona _____) Maxilar
- Maxilar - Mandíbula Mandíbula

Estudio de Terceros Molares

- Diente 1.8 (1) Diente 2.8 (16) Diente 3.8 (32) Diente 4.8 (17)

Estudio de ATM

- ATM Boca Abierta ATM Boca Cerrada

Otros Estudios

- Estudio Localización (_____) Cavidades Perinasionales

Entrega de Exámenes / Informe Imagenológico

- Plazo de Entrega Normal (con informe) Inmediata (sin informe)

Diagnóstico Clínico: _____

Se desea saber: _____

Examen solicitado por Dr(a): _____

Dirección: _____

E-mail: _____ Fono: _____