CRD3D
CENTRO RADIOLÓGICO DENTAL

CENTRO RADIOLÓGICO DENTAL
SOLICITUD DE EXAMEN RADIOGRÁFICO

DRA. VERÓNICA SOTO M.
DR. PABLO MORALES C.
DRA. DANIELA CABEZAS U.
Radiólogos Dentomaxilofaciales

Puerto Varas - Baquedano 166, 2do Piso Centro Médico MED

Horario de Atención
Lunes a viernes 09:30 a 13:30 hrs
y de 14:30 a 19:00hrs.

Contacto
Agenda hora al: +569 3389 9727
radiologiacrd3d@gmail.com
www.crd3d.cl

ORDEN DE EXÁMEN

Datos del Paciente

Nombre del Paciente

RUT

Teléfono

Edad

Fecha de Nacimiento

Autorización Paciente
- ☐ Autorizo cargar mis exámenes para descarga web
- ☐ Autorizo enviar por email los exámenes

Diagnóstico del Clínico

Firma

SCANNER / CONE BEAM / TOMOGRAFÍA 3D

☐ Cráneo Completo

☐ Bimaxilar

☐ Maxilar

☐ Mandíbula

☐ Zona Dientes:

☐ Grupo:
I II III
IV V VI

☐ ATM Boca Cerrada

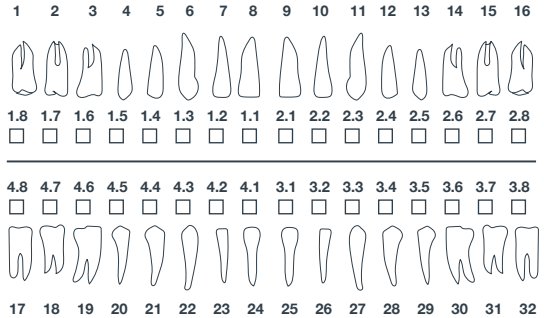
☐ ATM Boca Abierta Cerrada

Objetivo del Exámen
- ☐ Implantes
- ☐ Endodoncia
- ☐ Fractura Dentaria
- ☐ Traumatismo Maxilofacial
- ☐ Terceros Molares
- ☐ Patología
- ☐ Supernumerarios - Dientes incluídos
- ☐ Vía Aérea
- ☐ Ortodoncia Estudio Simetría
- ☐ Asimetria Condilar
- ☐ Cirugía Ortognática

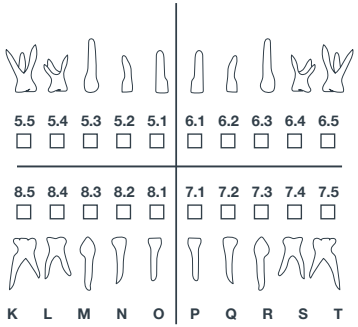
Indicaciones Especiales

NOMENCLATURA
☐ FDI ☐ ADA (Nacional)

ADULTOS



NIÑOS



RADIOGRAFÍAS 2D INTRAORAL
- ☐ Periapical Dientes Nº:
- ☐ Periapical Total
- ☐ Bite Wing Bilateral ☐ Derecha ☐ Izquierda

RADIOGRAFÍAS 2D EXTRAORAL
- ☐ Panorámica / Ortopantomografía Digital (1:1)
- ☐ Teleradiografía Lateral
- ☐ Teleradiografía Postero Anterior

ESTUDIOS CEFALOMÉTRICOS
- ☐ Ricketts
- ☐ Steiner
- ☐ Jaraback
- ☐ Roth
- ☐ Roth Jaraback
- ☐ Sassouni-Plus
- ☐ Otros:

SOLICITADO POR:

CORREO DR(A):