



ORDEN DE EXÁMENES RADIOGRÁFICOS DENTALES

Paciente: RUT:
Fecha Nac.: / / Edad: Fono:
E-mail Paciente: Fecha Solicitud: / /

SCANNER / CONE BEAM / TOMOGRAFÍA 3D - Imágenes de Alta Resolución



Cráneo
Completo



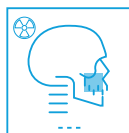
Bimaxilar



Maxilar



Mandíbula



Zona
Piezas:



Grupo:

I II III
 IV V VI



ATM
Boca
Cerrada



ATM
Boca
Abierta
Cerrada

Objetivo del examen:

- Implantes.
- Endodoncia.
- Fractura Dentaria.
- Traumatismo Maxilofacial.
- Terceros Molares.
- Patología.
- Supernumerario - Piezas Incluidas.
- Vía Aérea.
- Ortodoncia.
- Asimetría Mandibular.

Formato Entrega Resultados:

- Con Informe .DICOM para Blue Sky
- .DICOM + Visualizador
- Sin Informe .DICOM para Blue Sky
- .DICOM + Visualizador
- Enviar Impreso

RADIOGRAFÍAS 2D - Imágenes de Alta Resolución

- Periapical Piezas N°:
- Periapical Total
- Bite Wing Bilateral
- Panorámica / Ortopantomografía Digital (1:1)
- Teleradiografía Lateral
- Teleradiografía Anteroposterior
- Mano / Carpo

Formato Entrega Resultados:

- Por correo - sin informe.
- Con Informe Radiológico.
- Enviar impreso.

ESTUDIOS CEFALOMÉTRICOS

- Ricketts Jarabak Sassouni-Plus
- Steiner Roth Otros:

Diagnóstico Clínico:

Dr.(a): E-mail:
Clínica: Sucursal:
Fono:

Solicito enviar órdenes



Imágenes e informes disponibles a través de correo electrónico. El costo por la impresión de placas y resultados varía según el tipo de examen.

Reserva tu Hora en:
www.inarad.cl