

# SOLICITUD DE EXAMEN RADIOGRAFICO

DATOS PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: .....  
 EDAD: ..... TELÉFONO: .....  
 RUT: ..... FECHA DE NACIMIENTO: .....  
 CORREO DR (A): .....  
 SOLICITADO POR: .....



## CENTRO RADIOLÓGICO ODONTOLÓGICO

Dra. Verónica Soto Moyano  
 Dr. Pablo Morales Calderón  
 Dra. Claudia Zepgi Castro  
 Radiólogos Dentomaxilofaciales

TEMUCO  
 Arturo Prat 847, Of 405  
 Edificio Prat - Temuco  
 temuco.ceroc@gmail.com  
 (45) 2646846  
 www.ceroctemuco.cl

## DIAGNÓSTICO SE DESEA SABER

.....  
 .....  
 .....

## NOMENCLATURA

### ADULTOS

|     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 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  |

### NIÑOS

|     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 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   |

## EXÁMENES INTRAORALES

### PERIAPICAL

.....  
 (indicar piezas)

### PERIAPICAL TOTAL (boca completa)

### BITE WING

BILATERAL

### ESTUDIO DE LOCALIZACIÓN CONVENCIONAL

.....  
 (indicar piezas)

DERECHA  IZQUIERDA

## IMPRESIÓN DIGITAL, escaneo óptico by 3shape

- ESCANEADO INTRA ORAL (3shape)  
 ESCANEADO DE MODELOS (3shape)

IMPRESIÓN 3D ARCHIVO STL,  
 Envíanos tu STL a: ceroclab@gmail.com

## EXÁMENES EXTRAORALES

### PANORÁMICA

ESCALA 1:1

### TELERADIOGRAFÍA

- LATERAL  
 POSTERIOR - ANTERIOR

### ANÁLISIS CEFALOMÉTRICO

.....  
 (indicar cefalograma)

## IMAGENOLÓGÍA 3D CONE BEAM

### ESTUDIO IMPLANTE

.....  
 (indicar piezas)  
 (5x5 FOV 90um)

### LOCALIZACIÓN PIEZAS INCLUIDAS

.....  
 (indicar piezas)  
 (5x5 FOV 90um)

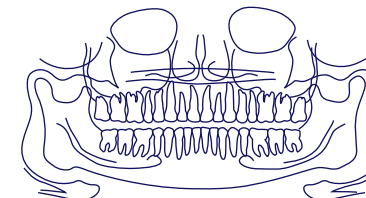
### ESTUDIO ENDODONCIA

.....  
 (indicar piezas)  
 (5x5 FOV 90um)

### ESTUDIO FRACTURA RADICULAR

.....  
 (indicar piezas)  
 (5x5 FOV 90um)

SEÑALE CON UN CÍRCULO LA REGIÓN DE INTERÉS



### ESTUDIO MAXILAR

- SUPERIOR  
 (10x5 FOV 180 um)  
 INFERIOR  
 (10x5 FOV 180 um)  
 BIMAXILAR  
 (10x10 FOV 180 um)

- CRANEO  
 (17x13 FOV 300 um)  
 ATM  
 (10x6 FOV 180 um)  
 ANÁLISIS VIA AÉREA  
 VOLUMÉTRICA 3D  
 (17x13 FOV 300 um)

INSTRUCCIONES ESPECIALES

.....  
 .....  
 .....

## AUTORIZACIÓN PACIENTE

- Autorizo cargar mis exámenes para descarga web  
 Autorizo a mandar mis exámenes a mi Dr. Tratante

Nombre: .....  
 RUT: .....  
 Firma: .....