

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 Zegpi Castro
 Radiólogos Dentomaxilofaciales

VILLARRICA
 San Martín 709, Of 503
 Edificio Bellavista - Villarrica
 villarrica.ceroc@gmail.com
 (45) 2410938
 www.ceroctemuco.cl

DIAGNÓSTICO SE DESEA SABER

.....

NOMENCLATURA

ADULTOS

NIÑOS

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
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	5.5	5.4	5.3	5.2	5.1	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5
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	8.5	8.4	8.3	8.2	8.1	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T

EXÁMENES INTRAORALES

PERIAPICAL

PERIAPICAL TOTAL
(boca completa)

BITE WING

.....
(indicar piezas)

BILATERAL

ESTUDIO DE LOCALIZACIÓN CONVENCIONAL

.....
(indicar piezas)

DERECHA IZQUIERDA

IMPRESIÓN DIGITAL, escaneo óptico by

ESCANEADO INTRA ORAL (3shape)
 ESCANEADO DE MODELO (3shape)
EXÁMENES REALIZADOS SÓLO EN CEROC TEMUCO
 IMPRESIÓN 3D ARCHIVO STL,
 Envíame tu STL a: ceroclub@gmail.com

EXÁMENES EXTRAORALES

PANORÁMICA

ESCALA 1:1

TELERRADIOGRAFÍA

LATERAL

POSTERIOR - ANTERIOR

ANÁLISIS CEFALOMÉTRICO

.....
(indicar cefalograma)

IMAGENOLÓGIA 3D CONE BEAM

ESTUDIO IMPLANTE

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

LOCALIZACIÓN PIEZAS INCLUIDAS

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

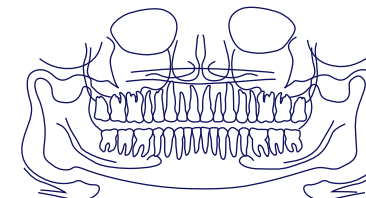
ESTUDIO ENDODONCIA

.....
(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:

Horario de atención: Lunes a Viernes de 9:30 a 13:30 hrs / 14:30 a 19:00 hrs.