

Datos del Paciente

Nombre del Paciente RUT

Teléfono Edad Fecha de Nacimiento Email del Paciente

Se atiende por hora agendada y por orden de llegada. Se otorga prioridad a los pacientes que tengan hora previa agendada.

Diagnóstico del Clínico

Autorización Paciente

Autorizo cargar mis exámenes para descarga web

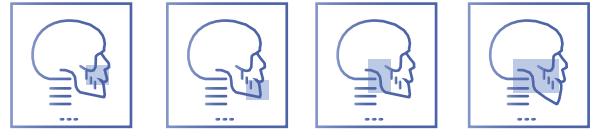
Autorizo enviar por email los exámenes

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 incluídas
 Vía Aérea
 Ortodoncia Estudio Simetría
 Asimetría Condilar
 Cirugía Ortognática
 Face Scan Fotográfico 3D facial
SÓLO SUCURSAL TEMUCO

Indicaciones Especiales

IMPRESIÓN DIGITAL, escaneo óptico by 3shape

SÓLO SUCURSAL TEMUCO

- Escaneo intraoral Arcada superior Arcada inferior Oclusión
- Escaneo intraoral para INVISALIGN
- Escaneo Óptico de Modelo de Yeso Arcada superior Arcada inferior Oclusión

*Favor enviar modelos en oclusión fijados con algún material de adherencia.

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

NOMENCLATURA

FDI

ADA (Nacional)

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 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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 |

RADIOGRAFÍAS 2D INTRAORAL

- Peripical Piezas N°:
- Peripical 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):