

Fecha : / /

Nombre Paciente : \_\_\_\_\_ Rut : \_\_\_\_\_

Teléfono : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento : \_\_\_\_\_ Sexo :  F  M

Maxilar Superior																Dentición Temporal									
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
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

ESTUDIO RADIOGRÁFICO

- Rx Retroalveolar Piezas \_\_\_\_\_ N°
- Retroalveolar Total
- Rx Bite - Wing
- Rx Panorámica
- Duplicado de Radiografías
- Imagen Digital
- Rx 3° Molares
- Telerradiografía

CONE BEAM 3D

- Maxilar Superior
- ATM
- Ambos
- Maxilar Inferior
- Cráneo Completo
- Piezas \_\_\_\_\_

ANÁLISIS COMPUTARIZADO

- Ricketts (32)  Lateral  Frontal
- Steiner Tweed
- Roth
- Tejidos Blandos
- Jarabak
- Harvord · Macnamara
- VTO \_\_\_\_\_ años
- Frontal

- Set Fotos Clínicas
- Imagen Digital
- Email

Observaciones: \_\_\_\_\_

Solicitado por Dr(a) : \_\_\_\_\_ Teléfono : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Dirección

Cerro Colorado 5030, Oficina 710  
Las Condes, Santiago, Chile

Contacto

Tel.: (56-2) / 232 026 404

www.bioimagenes.cl

contacto@bioimagenes.cl

Horario de Atención

Lunes a Viernes de 09:00 - 19:00hrs.

Sábado 09:00 - 12:30