



## RADIOLOGÍA BUCAL MAXILOFACIAL

Nombre \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

## ESTUDIO RADIOGRÁFICO

Retroalveolar piezas N° \_\_\_\_\_ Panorámica \_\_\_\_\_

Retroalveolar Total \_\_\_\_\_ Teleradiografía \_\_\_\_\_

Bite Wing \_\_\_\_\_ Cefalometría \_\_\_\_\_

Oclusal \_\_\_\_\_ Mano \_\_\_\_\_

Extraoral Zona \_\_\_\_\_ Sialografía \_\_\_\_\_

## CONE BEAM 3D

Maxilar Superior  A.T.M \_\_\_\_\_ Zona Piezas

Maxilar Inferior  Boca Abierta  \_\_\_\_\_

Ambos Maxilares  Boca Cerrada  \_\_\_\_\_

PROFACE  \_\_\_\_\_

Diagnóstico clínico \_\_\_\_\_

Enviado por Dr. \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_



CONVENIOS CON ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS Y PRIVADOS

CENTRO RADIOLÓGICO  
**LA DEHESA**

Av. La Dehesa 1201 Of. 320  
Edificio Oriente, Lo Barnechea  
Santiago de Chile  
Tel. (+56 2) 2 321 21 01  
ladehesa@dentalray.cl

CENTRO RADIOLÓGICO  
**ESTORIL**

Paul Harris 10.349  
Primer piso, Las Condes  
Santiago de Chile  
Tel. (+56 2) 2 243 03 53  
estoril@dentalray.cl

CENTRO RADIOLÓGICO  
**CHICUREO**

Av. Chicureo 800  
Colina  
Santiago de Chile  
Tel. (+56 2) 2 738 33 70  
chicureo@dentalray.cl

HORARIO DE ATENCIÓN CENTROS RADIOLÓGICOS

de 9:00 a.m. a 19:00 p.m. - horario continuado