

SOLICITUD DE EXAMEN IMAGENOLÓGICO

NOMBRE PACIENTE

FECHA

FECHA NACIMIENTO

EDAD

RUT

E-MAIL PACIENTE

TELÉFONO

DIAGNÓSTICO

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

☐ DIENTES



PERIAPICAL TOTAL

BITE WING



BILATERAL



DERECHA



IZQUIERDA

EXÁMENES EXTRAORALES

☐ **PANORÁMICA**

☐ **RX CARPO (Edad ósea)**

TELERRADIOGRAFÍA

☐ LATERAL

☐ POSTERIOR / ANTERIOR

ANÁLISIS CEFALOMÉTRICO

☐ ROTH JARABAK

☐ McNAMARA

☐ RICKETTS

☐ STEINER

☐ OTROS

☐ **SET ORTODONCIA**

RX PANORÁMICA + TELERRADIOGRAFÍA + 2 CEFALOMETRÍAS

☐ **SET DIAGNÓSTICO**

RX PANORÁMICA + BITEWING BILATERAL

IMAGENOLÓGIA 3D CONE BEAM

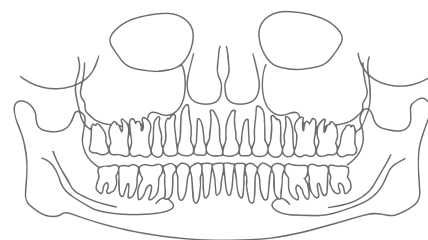
☐ ESTUDIO ENDODONCIA / FRACTURA

☐ ESTUDIO PIEZA INCLUIDA

☐ ESTUDIO TERCER MOLAR UNITARIO

☐ ESTUDIO IMPLANTE UNITARIO

☐ ESTUDIO ZONA (hasta 3 piezas contiguas)



ESTUDIO MAXILAR

☐ SUPERIOR

☐ BIMAXILAR

☐ INFERIOR

☐ FACIAL

☐ OTRO

ESTUDIOS ATM

☐ Boca cerrada

☐ Apertura máxima

☐ 2 posiciones

Me interesa saber

NOMBRE TRATANTE

E-MAIL TRATANTE

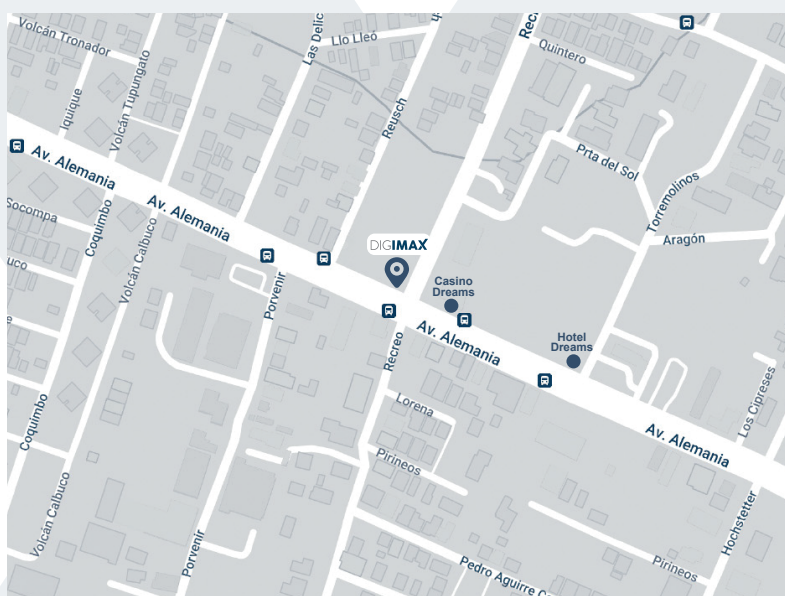
FORMATO ARCHIVO

☐ DICOM

☐ VISUALIZADOR

FIRMA / TIMBRE

SÍGUENOS EN INSTAGRAM



DIGIMAX

Av. Alemania 0999, Of 907
Edificio Paseo de las Artes
Temuco

+56 45 240 0335
+56 9 5705 3213

contacto@digimax.cl
digimax_3d
www.digimax.cl

HORARIO ATENCIÓN

Lunes a Viernes 09:00 a 13:00 hrs -14:00 a 19:00 hrs

AUTORIZACIÓN PACIENTE

☐

Autorizo subir mis exámenes
para descarga web

☐

Autorizo a enviar mis exámenes a
mi Dr. o Dra. tratante

NOMBRE _____

RUT _____

E-MAIL _____

FIRMA