



Nombre Paciente:		Fecha:
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Rut:
Teléfono Paciente:		Email Paciente:

RADIOGRAFÍAS 2D

- ☐ Retroalveolar diente N° _____
- ☐ Retroalveolar total
- ☐ Bite-Wing bilateral
- ☐ Panorámica
- ☐ Telerradiografía Lateral
- ☐ Telerradiografía Frontal
- ☐ Mano / Carpo

Análisis Cefalométrico

- ☐ Jaraback
- ☐ Ricketts
- ☐ Roth
- ☐ Roth-Jaraback
- ☐ Sassouni-Plus
- ☐ Steiner
- ☐ Otros: _____

TOMOGRFÍA 3D

- ☐ Zona Diente (s): _____
- ☐ Maxilar Superior
- ☐ Maxilar Inferior
- ☐ ATM Boca Cerrada
- ☐ ATM Boca Abierta
- ☐ Tercio Medio e Inferior Cráneo
- ☐ Vía Aérea
- ☐ Otros: _____

Solicitado por Dr(a):

Email Dr(a):

Teléfono Dr(a):

Nomenclatura:

Diagnóstico Clínico y especificaciones exámenes:

- ☐ FDI
☐ NACIONAL

DICOM:

- ☐ SI
☐ NO

UBICACIÓN

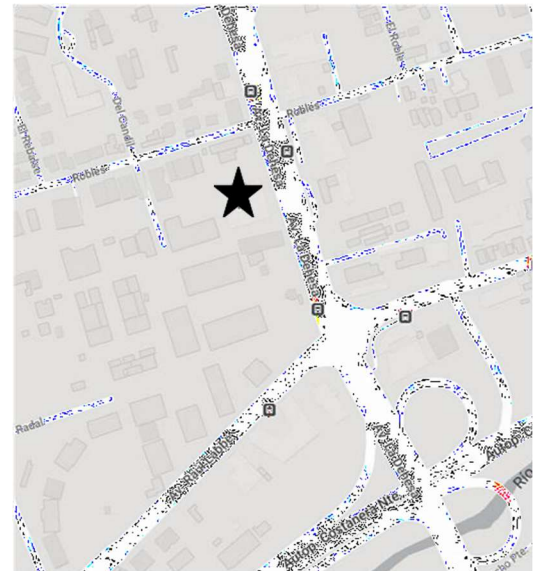
Av. La Dehesa 440, OF. 306, Lo Barnechea

*Estacionamientos de Visitas en pisos -2 al -6

HORARIOS DE ATENCIÓN

Lunes a Viernes: 09:30 – 14:00 hrs y 15:00 - 19:00 hrs

Sábados: 9:30- 14:00 hrs



CONTACTO

+569 4029 9157

radiologia@scanlab.cl

www.scanlab.cl

@scanlabdental