



| | | |
|-----------------------------|--------------|------------------------|
| 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: _____

TOMOGRAFÍA 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

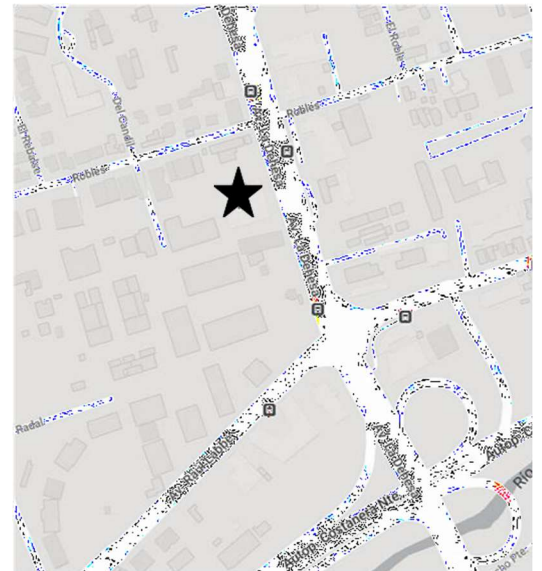
Av. La Dehesa 440, OF. 306, Lo Barnechea

*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