

Nombre: _____ Rut: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Fecha: ____ / ____ / ____

1	2	3	4	5	6	7	8
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1
17	18	19	20	21	22	23	24

9	10	11	12	13	14	15	16
2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
25	26	27	28	29	30	31	32

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

- ☐ Rx retroalveolar piezas N°. _____
- ☐ Rx retroalveolar total
- ☐ Rx bitewing _____
- ☐ Rx panorámica total
- ☐ Rx teleradiografía digital lateral
- ☐ Rx teleradiografía digital frontal
- ☐ Rx teleradiografía digital posterior
- ☐ Rx digital mano / muñeca
- ☐ Atm. Boca abierta / cerrada
- ☐ Seno maxilar frontal / lateral izq. Y der.
- ☐ Proyección submentón / vértice
- ☐ **INFORME DE RADIOGRAFÍA**

CEFALOMETRÍAS

- ☐ Downs
- ☐ Ricketts
- ☐ Jarabak
- ☐ Steiner
- ☐ Mcnamara
- ☐ Bolton

RADIOGRAFÍAS

- ☐ Digital
- ☐ Impresas

ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA

- ☐ **ORTODONCIA BÁSICA:**
 - Panorámica-perfil
 - 8 Fotografías intra y extraoral
- ☐ **ORTODONCIA BÁSICA**
con cefalometría

- ☐ **ORTODONCIA PLUS:**
 - 1 Panorámica
 - 1 Lateral o perfil
 - Modelos de estudio
 - 8 Fotografías intra y extraorales
- ☐ **ORTODONCIA PLUS**
con cefalometría

Solicitado por: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Email: _____

