



**DENTO
ANALISIS**
imagenología digital

**DRA. KARINA APARA A.
DR. MANUEL HENRÍQUEZ A.**

Libertad 845- Edificio Don Alfonso
Oficina 501 - 5°Piso
Fono:220321 - Chillán

Nombre Paciente: _____

Edad: _____ Fono: _____ Fecha : _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
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

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
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

EXÁMENES SOLICITADOS:

- Rx Retroalveolar Piezas N° _____
- Rx Total
- Rx Bite - Wing
- Rx Panorámica Digital
- Rx Telerradiografía Digital Lateral
- Rx Telerradiografía Digital Frontal
- Rx Oclusal
- Rx Radiografía Digital Mano
- Rx ATM

ANÁLISIS CEFALOMÉTRICO COMPUTARIZADO:

- Ricketts
- Jarabak
- Steiner
- Roth
- Otros

TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE ALTA RESOLUCIÓN (CONE BEAM):

- Estudio para Implantes Maxilar Superior Inferior
- Estudio de Localización _____
- Evaluación Zona _____
- Tomografía ATM Boca Abierta Boca Cerrada

Diagnóstico Clínico: _____

Solicitado por Dr.(a): _____ Fono: _____

Dirección: _____ E-mail: _____