



Urriola 618-A, Rengo

(Interior Centro Médico Biosalud Box)

Fono: 72-2512351 - Cel.: 9-79463473

E-mail: biodontclinica@gmail.com

HORARIO DE ATENCIÓN

Lunes a Viernes: 09.00 a 13.00 hrs.
15.00 a 19.00 hrs.
Sábado: Coordinar en la semana.

ORDEN DE EXAMEN RADIOGRÁFICO

Nombre _____

Edad _____ Fono _____ Fecha ____ / ____ / ____

R.U.T. _____ Fecha Nac. _____

ADULTOS	NIÑOS
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12 - 13 - 14 - 15 - 16	A - B - C - D - E - F - G - H - I - J
17 - 18 - 19 - 20 - 21 - 22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 27 - 28 - 29 - 30 - 31 - 32	K - L - M - N - O - P - Q - R - S - T

Rx Retroalveolar Unitaria Piezas N° _____

Rx Retroalveolar Total _____

Rx Bite Wing _____

Rx Oclusal _____

Terceros Molares _____

Panorámica Digital (1:1) _____

Teleradiografía Frontal _____

Teleradiografía Lateral _____

ATM Convencional _____

Senos Paranasales _____

Rx Mano _____

Tomografía Lineal por Pieza _____

Tomografía Unimaxilar _____ Bimaxilar _____

Tomografía Condilar Der _____ Izq _____ Ambos _____

**ESPECIFICAR SI LOS EXÁMENES SE REQUIEREN CON O SIN INFORME*

DIAGNÓSTICO CLÍNICO _____

Enviado por Dr. _____

Dirección _____

E-mail _____ Fono _____