

Nombre

RUT

Fecha de Nac.

Edad

Dr(a). solicitante

Teléfono

Email

Antecedentes clínicos

Se desea saber:

EXÁMENES INTRAORALES

Periapical

☐

(Indicar dientes)

Periapical Total

☐

Bite - Wing

☐ Bilateral

☐ Derecha

☐ Izquierda

Estudio de Localización Convencional

☐

(Indicar dientes)

EXÁMENES EXTRAORALES

Panorámica

☐

Teleradiografía

☐ Lateral

☐ Antero-posterior

Carpo (mano)

☐

ANÁLISIS CEFALOMÉTRICO

☐ Steiner

☐ Jarabak

☐ Mc Namara

☐ Ricketts

☐ Roth

CONE BEAM CT

☐ Diente o Zona: _____

☐ Estudio de
implante

☐ Fractura

☐ Endodoncia

☐ Maxilar

☐ Mandibular

☐ Bimaxilar

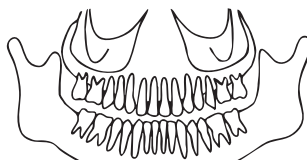
☐ ATM

☐ 1 posición

☐ 2 posiciones

☐ Facial

Señale con un círculo la región de interés



Instrucciones

Especiales: _____

Archivos Dicom ☐



452 734 131 / 452 734 135



imagenologia.coda@ufrontera.cl

**ATENCIÓN POR ORDEN DE LLEGADA
PERIAPICAL TOTAL Y CONE BEAM RESERVAR HORA**

¿CÓMO LLEGAR A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA CODA?

