

Paciente: _____ RUT: _____

Fecha de nacimiento: _____ Fono: _____

Email: _____ Fecha: _____

Radiografías digitales

- | | |
|--|--|
| ☐ Retroalveolar total | ☐ Teleradiografía lateral |
| ☐ Retroalveolar por pieza | ☐ Teleradiografía frontal |
| ☐ Bite wing | ☐ ATM |
| ☐ Panorámica | |

Cefalometrías

- | | |
|-----------------------------------|--|
| ☐ Ricketts | ☐ Tweed |
| ☐ McNamara | ☐ Tejidos blandos |
| ☐ Steiner | ☐ Otros |
| ☐ Delaire | _____ |

Odontograma

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
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	5.5	5.4	5.3	5.2	5.1	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5
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	8.5	8.4	8.3	8.2	8.1	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5
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

Tomografías 3D

- | | | |
|--|---|------------------------------------|
| ☐ Maxilar superior | ☐ Maxilar inferior | ☐ Bimaxilar |
| ☐ Zona / Piezas _____ | | |

Informe radiológico

☐ SI

☐ NO

Se desea saber: _____

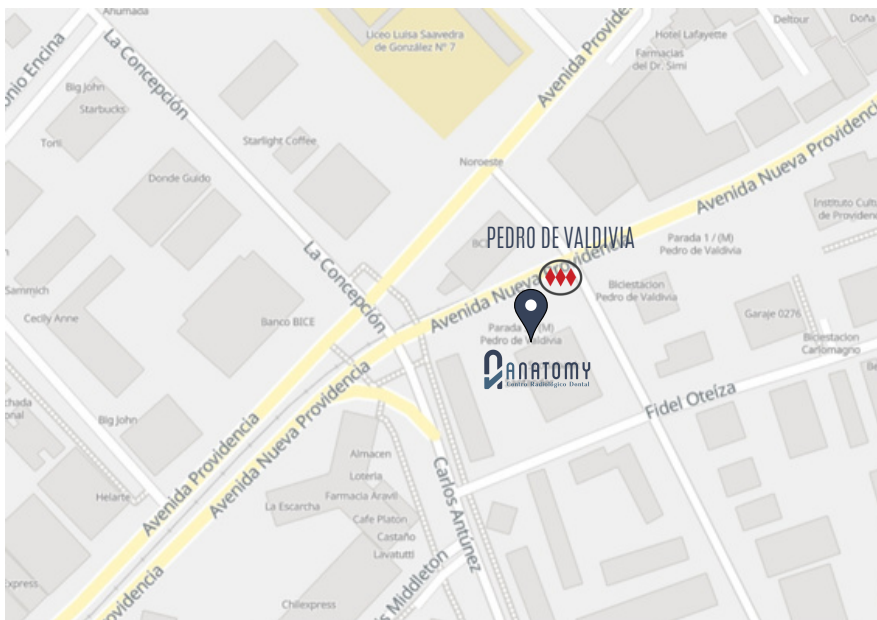
Nombre clínica / Dr (a): _____

Email: _____



 Av. Nueva Providencia 1881, piso 11 oficina 1101

 PEDRO DE VALDIVIA - SALIDA AV. NUEVA PROVIDENCIA / MARCHANT PEREIRA.



Atendemos por orden de llegada

Horario de atención: Lunes 10:00 a 18:30hrs
Martes a Viernes de 9:30 a 18:30hrs
Sábados de 9:30 a 14:00hrs

 Anatomy.rxdental@gmail.com

 +56 97 55 63 306

 Anatomy.rx

Únete a **ANATOMY** y aprovecha nuestros convenios