

Nº 100101

+569 7666 4114

comercial@odontox.cl

Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Run: _____

Dr(a): _____ eMail: _____

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

Radiología Digital

- Radiografía Panorámica
- Teleradiografía Lateral Frontal
- Deslizamiento de Piezas _____
- RX Retroalveolar _____
- RX Retroalveolar total (Incluye Bite Wing)
- Radiografía de Mano
- Bite Wing Bilateral
- Senos Paranasales

Tomografía Computarizada

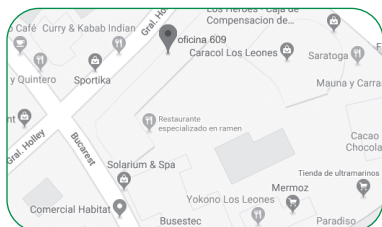
- Tomografía Unimaxilar
- Tomografía Bimaxilar
- Tomografía Hemi - Arcada
- ATM Completa
- Orbita
- Estudio de localización de piezas
- Panorámica de Senos Maxilares
- Otros _____

Grupo Ortodoncia

- Modelos de Estudios
- Set de Fotos Clínicas
- Grupo I Ortodoncia (Panorámica Teleradiografía - Análisis Cefalométrico)
- Grupo II Ortodoncia (Panorámica Teleradiografía Análisis Cefalométrico) (Set de Fotografías Clínicas)
- Kit de Diagnóstico (Panorámica + Bite Wing de Molares)
- Análisis Cefalométrico
- Ricketts
- Steiner
- Roth
- Mc Namara
- Jarabak
- Bjokr
- Otro _____

Formato entrega de informe

- Enviar en CD
- Enviar por eMail
- Enviar Impreso
- Informe Radiológico
- Observaciones _____



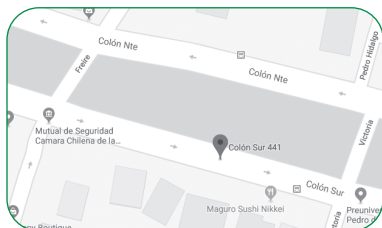
SEDE PROVIDENCIA

General Holley 2381, Of 609

Metro Los Leones

Teléfono: 2 2918 1001

info@odontox.cl



SEDE SAN BERNARDO

Av. Colón 441,
San Bernardo

Teléfono: 2 2858 4244

sanbernardo@odontox.cl



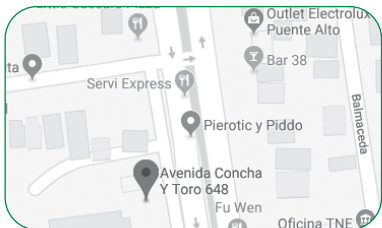
SEDE MAIPÚ

Av. Pajaritos 3195, Of 1402

Metro Santiago Bueras

Teléfono: 2 2534 6527

maipu@odontox.cl



SEDE PUENTE ALTO

Av. Concha y Toro 648, Of 209
Plaza Puente Alto

Teléfono: 9 9157 9898

puntealto@odontox.cl

HORARIO DE ATENCIÓN:

Lunes a Viernes de 10:00 a 14:00 hrs. y de 15:00 a 19:30 hrs.
Sábados de 10:00 a 14:00 Hrs.