

Nº 100101

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
- ☐ Bjork
- ☐ Otro _____

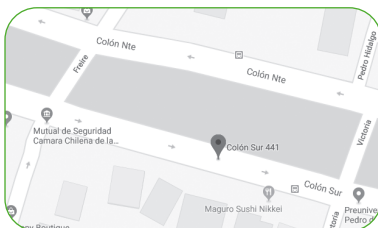
Formato entrega de informe

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



SEDE PROVIDENCIA

General Holley 2381, Of 608
🚇 Metro Los Leones
central@odontox.cl
comercial@odontox.cl



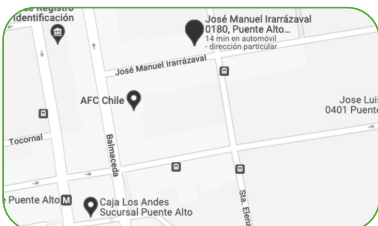
SEDE SAN BERNARDO

Av. Colón Sur 441,
San Bernardo
central@odontox.cl
comercial@odontox.cl



SEDE MAIPÚ

Av. Pajaritos 3195, Of 1402
🚇 Metro Santiago Bueas
central@odontox.cl
comercial@odontox.cl



SEDE PUENTE ALTO

Av. José Manuel Irrazábal
0180 Of. 406
Plaza Puente Alto
central@odontox.cl
comercial@odontox.cl

HORARIO DE ATENCIÓN:

odontox.cl

Lunes a Viernes de 09:30 a 13:30 hrs. y de 15:00 a 18:00 hrs.
Sábados de 10:00 a 14:00 Hrs.