



PRORAY
Radiología Bucomaxilofacial

**TOMOGRFIA
CONE BEAM**

NOMBRE _____

EDAD _____ TELFONO _____ RUT _____

F. NACIMIENTO _____ FECHA ____/____/____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
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
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
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
5.5	5.4	5.3	5.2	5.1	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5
8.5	8.4	8.3	8.2	8.1	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5
K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T

ESTUDIO RADIOGRFICO

SCANNER CONE BEAM

- ☐ MAXILAR SUPERIOR
- ☐ MAXILAR INFERIOR
- ☐ BIMAXILAR
- ☐ ATM
- ☐ ZONA DE PIEZA _____
- ☐ CONTROL POST QUIRURGICO
- ☐ RX RETROAL VEOLAR TOTAL
- ☐ RX RETROALVEOLAR PIEZA(S) N° _____
- ☐ RX BITE WING _____
- ☐ RX PANORAMICA (Digital)

CEFALOMETRIA COMPUTARIZADA

- ☐ RICKETTS
- ☐ ROTH JARABAK
- ☐ BJORK JARABAK
- ☐ STEINER
- ☐ McNAMARA
- ☐ RX ATM
- ☐ TELERADIOGRAFIA LATERAL
- ☐ TELERADIOGRAFIA FRONTAL
- ☐ RX MANO

DIAGNOSTICO CLINICO _____

SE DESEA SABER _____

EXAMEN SOLICITADO POR DR(A). _____

DIRECCION _____

E-MAIL _____ FONO _____

EL MAIL ES IMPORTANTE PARA EL ENVIO DE INFORME

www.proray.cl

O'CARROL 626 OF. 509 5TO PISO, EDIFICIO ALFA CENTRO- WSP: +56977690199
HORARIO: DE LUNES a VIERNES de 09:00 a 13:30 y 14:30 a 18:30

PUCARA 20, OFICINA 412, EDIFICIO CENTRO NUEVO MACHALI
HORARIO: DE LUNES a VIERNES de 09:45 a 13:45 y 14:30 a 18:30, SABADOS de 10:00 a 13:00