



## Radiología Odontológica

PACIENTE:

DR(A):

CLÍNICA:

EMAIL:

|     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 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   |

### SCANNER CONE-BEAM 3D

#### LOCALIZACIÓN E IMPLANTES

- ☐ BIMAXILAR
- ☐ MAXILAR
- ☐ MANDIBULAR
- ☐ HEMI-ARCADA
- ☐ ZONA PIEZAS
- ☐ PACIENTE CON GUÍA RADIOGRÁFICA

#### ESTUDIOS ESPECIALES

- ☐ ATM SIMPLE
- ☐ ATM COMPLETA BA-BC
- ☐ MAXILOFACIAL
- ☐ ORBITARIO
- ☐ VIAS AEREAS
- ☐ SENOS PARANASALES

### RADIOGRAFÍAS DIGITALES

- ☐ PANORÁMICA
- ☐ TELERADIOGRAFÍA
- ☐ RETROALVEOLAR TOTAL
- ☐ RETROALVEOLAR PIEZAS N°
- ☐ OCLUSAL
- ☐ BITE-WING
- ☐ CARPO

ANÁLISIS CEFALOMÉTRICOS:

#### DIAGNÓSTICO CLÍNICO

SE NECESITA SABER:

ENVIAR A EMAIL:

[www.imascan.cl](http://www.imascan.cl) / +569 58446047