

Solicitud de exámenes en Radiología Oral y Maxilofacial

Doctora Beatriz Gómez Bonilla - Radióloga Oral y Maxilofacial
begmaxradiologia@gmail.com
www.begmax.cl

BEGMAX

Nombre Paciente: _____ Edad: _____ FN: _____

Fecha: _____ Fono: _____ RUT: _____ Mail: _____

Doctor(a): _____ Fono: _____

Mail Dr(a): _____ Dirección: _____

Enviar informe por correo electrónico Informar en nomenclatura: Nacional Internacional

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
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

Tomografía Computarizada de Alta Resolución Cone Beam

(Software Icat Vision - Tomógrafo GXCB-500-Campo de visión: 8,5 x 14 cm-SOLO EN SEDE PROVIDENCIA)
(Software Romexis -Tomógrafo Planmeca Promax 3DMid-FOV: 20x17 cm-SOLO EN SEDE STGO. CENTRO)

MAXILAR SUPERIOR MAXILAR INFERIOR Zona _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Implantes | <input type="checkbox"/> Patología |
| <input type="checkbox"/> Terceros Molares | <input type="checkbox"/> Cráneo Completo (Sólo sede Stgo Centro) |
| <input type="checkbox"/> Supernumerario / Pieza incluida | <input type="checkbox"/> Ortodoncia |
| <input type="checkbox"/> Fractura Dentaria | <input type="checkbox"/> ATM <input type="checkbox"/> Boca Abierta <input type="checkbox"/> Boca Cerrada |
| <input type="checkbox"/> Endodoncia | <input type="checkbox"/> Traumatismo Maxilofacial |
| <input type="checkbox"/> Senos Paranasales | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Vía Aérea | |

Marcar CDI Imagen 3D Modelo ESTEREOLITOGRAFICO 1:1

Sólo Disco/Sin Informe Software Romexis MAC/OS

Radiografías Extraorales Digitales 1:1

Rx. Panorámica Telerradiografía Lateral Telerradiografía Frontal Rx. Carpos Rx. ATM
 Cráneo Completo (Sólo sede Stgo Centro)

Radiografías Intraorales Convencionales

Rx. Retroalveolar Total Rx. Retroalveolar (piezas): _____
 Rx. Bite Wing: _____ Rx. Oclusal: Superior Inferior

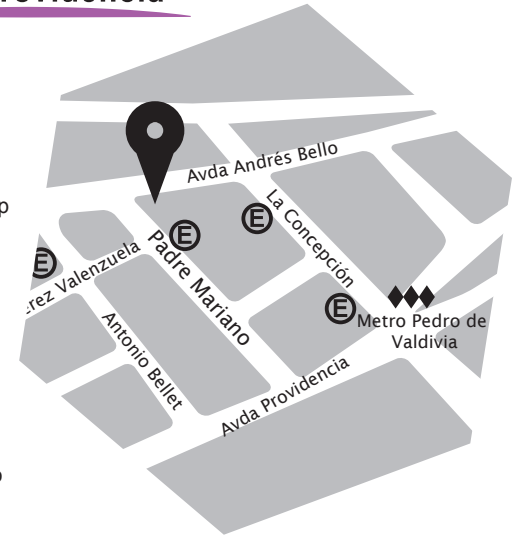
Exámenes Complementarios

Análisis cefalométrico: Ricketts Jarabak Roth Steiner McNamara Bjork Sassouni Plus
 Fotografías clínicas

Diagnóstico (favor especificar): _____

Sede Providencia

- Padre Mariano 391 oficina 206
Metro Pedro de Valdivia
- (02)22364799
- +56 9 89220870 WhatsApp
- begmaxradiologia@gmail.com
- Estacionamientos Pagados



Horarios de atención

Lunes a Viernes de 9:00 a 19:30 en horario
continuado
Sábados de 10:30 a 14:00

Sede Santiago Centro



- San Antonio 19 oficina 1106
Metros Santa Lucía - U. de Chile
- (02)26117803
- +56 9 44114421 WhatsApp
- begmaxstgoCentro@gmail.com

Horarios de atención

Lunes a Viernes de 9:00 a 19:30 en horario
continuado
Sábados de 10:30 a 14:00

Despacho a oficinas y domicilios con recargo según costo de envío (Chilexpress).
Consulte por convenios especiales.