



Solicitud de exámenes en Radiología Oral y Maxilofacial

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

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
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
K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T

Tomografía Computarizada de Alta Resolución Cone Beam

MAXILAR SUPERIOR MAXILAR INFERIOR Zona _____

- | | | |
|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Implantes | <input type="checkbox"/> Vía Aérea | <input type="checkbox"/> Marcar CDI |
| <input type="checkbox"/> Terceros Molares | <input type="checkbox"/> Ortodoncia | <input type="checkbox"/> Imagen 3D |
| <input type="checkbox"/> Supernumerario / Pieza incluida | <input type="checkbox"/> ATM <input type="checkbox"/> Boca Abierta | |
| <input type="checkbox"/> Fractura Dentaria | <input type="checkbox"/> Boca Cerrada | |
| <input type="checkbox"/> Endodoncia | <input type="checkbox"/> Traumatismo Maxilofacial | |
| <input type="checkbox"/> Senos Paranasales | <input type="checkbox"/> Cráneo Completo <input type="checkbox"/> en MIC | |
| <input type="checkbox"/> Patología | <input type="checkbox"/> inoclusión | |

- Software OnDemand3D - Tomógrafo OP300-Campo de visión: 13 x 15 cm-SOLO EN SEDE PROVIDENCIA
- 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

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 (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): _____

Impresión 3D en Resina y PLA

- Diseño e Impresión de Biomodelo
__ Resina
__ PLA

Indicaciones: _____

- Guía Quirúrgica para IOI en Resina
 Guía Quirúrgica Ortognática en Resina (SPLINT)

Escaneo 3D Optico y Digitalización

- Modelo de Yeso
__ Arcada Superior
__ Arcada Inferior
__ Oclusión
- Impresiones Dentales

* Entrega de Modelos Digitalizados en archivos .STL

Sede Providencia



Padre Mariano 391 oficina 206
Metro Pedro de Valdivia



(02)22364799



+56 9 89220870 WhatsApp



begmaxradiologia@gmail.com

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 19:00

en horario continuado.

Sábados de 9:30 a 14:00.

Modalidad de atención:

- Por orden de llegada de 9:00 - 17:00 de Lunes a Viernes.*
- Agendar hora para su atención de Lunes a Viernes de 9:00 - 18:30 y sábados de 9:30 - 13:30.

* Se le dará preferencia a los pacientes que tienen hora agendada para su atención.



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