



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	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

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"/> Modelo |
| <input type="checkbox"/> Fractura Dentaria | <input type="checkbox"/> Boca Cerrada | ESTEREOLITOGRAFICO 1:1 |
| <input type="checkbox"/> Endodoncia | <input type="checkbox"/> Traumatismo Maxilofacial | |
| <input type="checkbox"/> Senos Paranasales | <input type="checkbox"/> Cráneo Competo <input type="checkbox"/> en MIC | |
| <input type="checkbox"/> Patología | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> inclusión | |

- 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): _____

Sede Providencia



Padre Mariano 391 oficina 206
Metro Pedro de Valdivia



(02)22364799



+56 9 89220870  WhatsApp

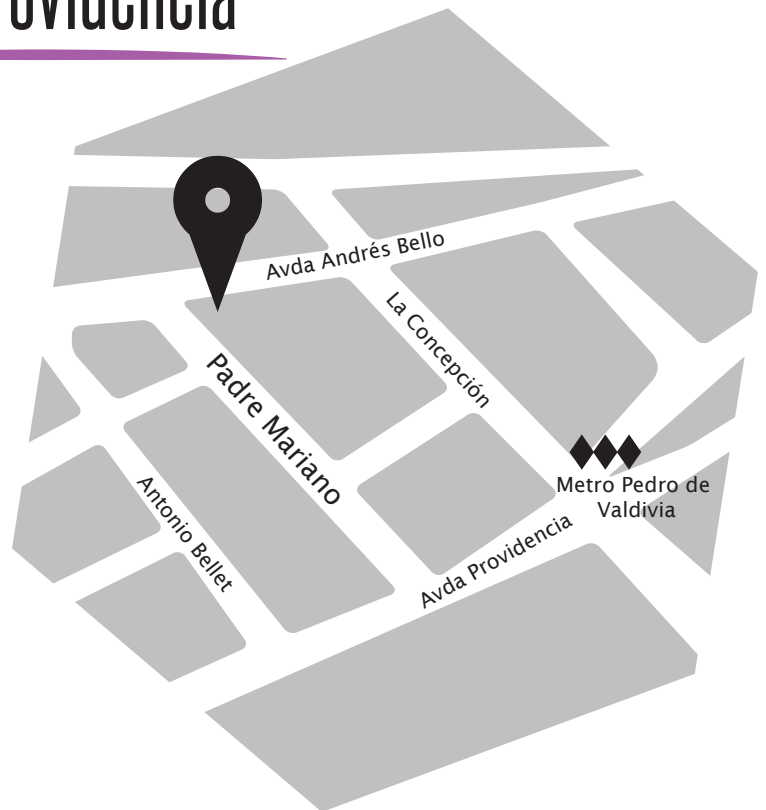


begmaxradiologia@gmail.com

Horarios de atención

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

Sábados de 10:30 a v



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.