

NOMBRE PACIENTE _____

RUT _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____

FONO _____ FECHA _____ FECHA DE ENTREGA _____
(USO INTERNO)

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	KJ
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

EXAMENES 2D



- ☐ Rx Periapical Pieza N° []
- ☐ Rx Periapical Total
- ☐ Rx Teleradiografía Lateral
- ☐ Fotos Clínicas
- ☐ Rx Bite Wing
- ☐ Rx Panorámica
- ☐ Rx Teleradiografía Frontal

FORMA DE ENTREGA

- ☐ Informe Radiológico
- ☐ Entrega inmediata (sin informe)

SCANNER CONE BEAM 3D



- ☐ Localizado []
- ☐ Maxilar/mandíbula
- ☐ Bimaxilar
- ☐ Estudio de ATM/otros

FORMA DE ENTREGA

- ☐ Informe Radiológico
- ☐ Entrega inmediata (sin informe)

ANÁLISIS CEFALOMÉTRICOS



- ☐ Ricketts
- ☐ Steiner
- ☐ Mcnamara
- ☐ Roth
- ☐ Jaraback
- ☐ Sassouni-plus
- ☐ Otros []

Radiografía dental para tu sonrisa

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

DR. _____ FONO _____

DIRECCIÓN _____

[**SONRIMAX**]

Radiografía al alcance de todos

+56 9 3441 7592

www.sonrimax.cl

*Ahumada 6, oficina 76. Metro Universidad de Chile,
Santiago Centro.*