

**Imagenología Oral y Maxilofacial**

Nombre paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fono \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>G</b>	<b>H</b>	<b>I</b>	<b>J</b>
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	5.5	5.4	5.3	5.2	5.1	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5
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	8.5	8.4	8.3	8.2	8.1	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5
<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>30</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>K</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>N</b>	<b>O</b>	<b>P</b>	<b>Q</b>	<b>R</b>	<b>S</b>	<b>T</b>

**Intraoral**

Retroalveolar Paralelismo (con posicionador) diente(s) N° \_\_\_\_\_

Retroalveolar Total Paralelismo  Bitewing bilateral

**Extraoral**

Panorámica  Radiografía de mano

Tele-radiografía Lateral  Tele-radiografía Frontal

Análisis Cefalométrico \_\_\_\_\_

**Tomografía Cone Bean Equipo JMorita**

**Tipo Estudio**

- ATM
- Bimaxilar
- Maxilar
- Mandíbula
- Zona diente(s) \_\_\_\_\_  
(FOV 40X40 mm)

- Estudio para Implantes
- Estudio de lesiones, patologías, fracturas
- Estudio de Edodoncia
- Estudio de biotipos periodontales
- Estudio vía aérea y/o cavidades paranasales

**Especificaciones CBCT**

Cortes y medidas para implantes  Marcar canal  Otro \_\_\_\_\_

Formato de envío Dentista  DICOM  Viewer

**Diagnóstico Clínico. Se desea saber**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Solicitado por Dr. (a) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Fono \_\_\_\_\_