

## ORDEN DE ATENCIÓN

Nombre Paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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
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
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

### ESTUDIO RADIOGRÁFICO

- Rx Retroalveolar Piezas N° \_\_\_\_\_
- Rx Total
- Rx Bite-Wing
- Rx Panorámica
- Rx Teleradiografía Lateral
- Rx Teleradiografía Frontal
- Rx Oclusal
- Rx Mano
- Fotografía Clínica Digital *(sólo en la dehesa)*

### ANÁLISIS CEFALOMÉTRICO COMPUTACIONAL

- Ricketts
- Roth
- Jarabak
- Steiner
- Tweed
- Tejidos Blandos
- Otros \_\_\_\_\_

### CONE BEAM 3D

- Maxilar Superior
- Maxilar Inferior
- Vía Aérea
- A.T.M. Boca Cerrada
- A.T.M. Boca Abierta
- ZONA PIEZAS \_\_\_\_\_
- Cráneo Completo

Diagnóstico Clínico \_\_\_\_\_

Enviado por Dr. \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

### FORMAS DE ENVÍO

- Impreso
- DVD
- E-mail
- Urgente
- Enviar Doctor
- Retira Paciente

## ORDEN DE ATENCIÓN

## ANÁLISIS ESPECÍFICOS

### ORTODONCIA

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Estudio para Corticales Óseas | <input type="checkbox"/> Estudio Cráneo Cervical         |
| <input type="checkbox"/> Maxilar                       | <input type="checkbox"/> CBCT Cráneo + Bitewing          |
| <input type="checkbox"/> Mandibular                    | <input type="checkbox"/> CBCT Cráneo + Vía Aérea         |
| <input type="checkbox"/> Bimaxilar                     | <input type="checkbox"/> CBCT Cráneo + Protocolo Easy 3D |

### PERIODONCIA

- 
- Estudio de Fenotipo Gingival
- 
- 
- Maxilar
- 
- 
- Mandibular
- 
- 
- Ambos (Bimaxilar)

### ECOGRAFÍA

- 
- Eco Facial
- 
- 
- Eco ATM
- 
- \_\_\_\_\_
- 
- \_\_\_\_\_
- 
- \_\_\_\_\_

### ESCANEADO DIGITAL DENTAL

- 
- Maxilar
- 
- 
- Mandibular
- 
- 
- Bimaxilar
- 
- 
- Zona Pieza \_\_\_\_\_

(sólo en la dehesa - recordar agendar hora)

(sólo en la dehesa - recordar agendar hora)

## CONVENIOS CON ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS Y PRIVADOS

### 3D IMAGEN LA DEHESA

Av. La Dehesa 1201 of. 734, Edificio Oriente  
Lo Barnechea, Santiago de Chile

Teléfono +562 2321 2101

Whatsapp +569 5443 2724 (para agendar hora)

radiologialadehesa@gmail.com

### 3D IMAGEN KENNEDY

Av. Kennedy Lateral 5488 of. 403, Torre Norte  
Vitacura, Santiago de Chile

Teléfono +562 2476 4781

Whatsapp +569 4031 3439

radiologiakennedy@gmail.com

Horarios de Atención: de lunes a viernes de 9:00 a 19:00 hrs., horario continuado.  
Disponibilidad de estacionamientos pagados en los dos centros.

