

SOLICITUD DE EXÁMENES

NOMBRE DEL PACIENTE: EDAD: RUT: TELÉFONO: EMAIL PACIENTE: FECHA SOLICITUD: DOCTOR (A) QUE REFIERE: EMAIL DOCTOR(A) O INSTITUCIÓN:

RADIOGRAFÍAS EXTRAORALES E INTRAORALES

- ☐ Rx. Panorámica ☐ Telerradiografía Lateral ☐ Telerradiografía Frontal
- ☐ Rx. Retroalveolar Total ☐ Rx. Retroalveolar: ☐ Rx. Bitewing:
- Dientes: ☐ Rx. Oclusal: ☐ Ar. Superior ☐ Ar. Inferior
- ☐ Sólo Imagen / Sin Informe
- ☐ Imagen / Con Informe

ADULTO

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

NIÑOS

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
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

CEFALOMETRÍAS

- ☐ Ricketts ☐ Jarabak ☐ Roth ☐ Steiner ☐ McNamara ☐ Sassouni Plus ☐ Otro:

OBSERVACIONES

SEDE SANTIAGO CENTRO



Huérfanos # 1160, Oficina 905
Metro U. de Chile
Santiago Centro



+ 56 9 5043 9693



huerfanos@rxsmile.cl



Lunes a Viernes de 9:30 a 14:00 y
de 15:00 a 19:30 hrs.
Sábados de 9:00 a 15:00 hrs.

SEDE ESTACIÓN CENTRAL



Av. Libertador Bdo. O'Higgins # 4050,
Oficina 1509, Metro San Alberto Hurtado
Estación Central



+ 56 9 2203 0698



estacion.central@rxsmile.cl



Lunes a Viernes de 9:00 a 14:00 y
de 15:00 a 19:00 hrs.
Sábados de 9:00 a 15:00 hrs.