

ORDEN DE ATENCION

Dra. Alejandra Cisternas E.
Dra. Carolina Osorio M.
Dra. Ma Jesús Thompson L.
Dra. Angela Vargas E.

Nombre del Paciente :

Edad :

Fono :

Fecha :

Fecha de Nacimiento :

R.U.T:

E mail :

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

Exámenes Solicitados

Rx Rotrealveolar Piezas N°
Rx total
Rx Bite - Wing
Rx Panorámica
Teleradiografía Lateral
Teleradiografía Frontal
Rx Radiografía Mano

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

Análisis Cefalimetricos

Ricketts	Roth
Jarabak	Steiner
Tejidos Blandos	Tweed
Harvold Macnamara	
Frontal	
Sassouni	VTO
Otros	Años

Tomografía Computada de alta Resolución Cone Beam CT

Maxilar Superior
Maxilar Inferior
ATM
Zona de Pieza

Bimaxilar

Por Grupos

Diagnostico Clinico:

Solicitado por Dr(a):

Fono:

Clinica:

Email: