

Agustinas 853 - OF 401 (Piso 4)

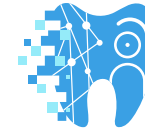
Santiago Centro -

Celular: (+56) 9 5618 4567 - (+56) 9 3906 1358

contacto@imadig.cl - www.imadig.cl



IMADIG
Centro Radiológico Dental



IMADIG
Centro Radiológico Dental

Fecha:	_____
Dr.(a) :	_____
Email :	_____
Clínica :	_____
Tel :	_____
Paciente :	_____
Tel :	_____
R.U.T. :	_____
Edad :	_____
Fec. Nacimiento :	___ / ___ / ___

Rx Retro Alveolar / Periapical (Piezas) N° _____ Total

Panorámica / Ortopantomografía (digital)

Rx Oclusal Superior Inferior

Rx Bite Wing Bilateral Unilateral _____

Teleradiografía Lateral Anteroposterior

Rx Mano / Carpo

Análisis Cefalométricos

Ricketts Roth Sassouni - Plus

Jarabak Sassouni - Plus

Steiner Tweeds

Tomografías / Scanner / Cone Beam / 3D

Bimaxilar Maxilar inferior Estudio de ATM _____

Maxilar superior Zona Piezas _____

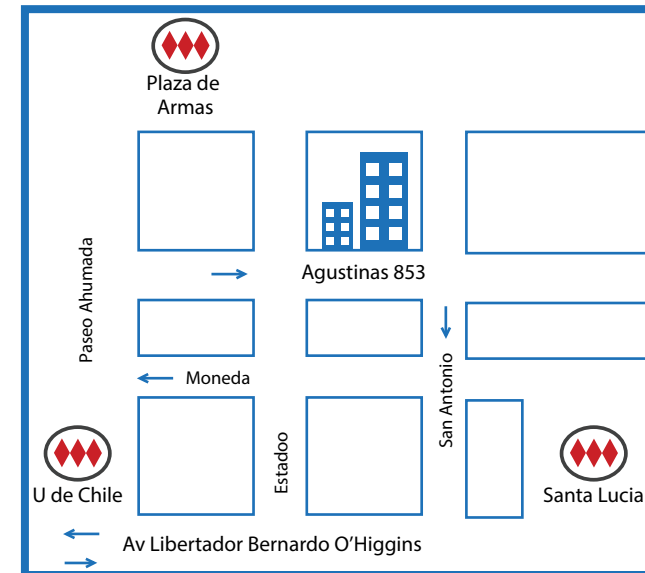
Diagnóstico clínico: _____

Se desea saber: _____

Enviar en CD

Enviar por Email

Informe Radiológico





Agustinas 853 - OF 401 (Piso 4)

Santiago Centro -

contacto@imadig.cl - www.imadig.cl

Solicita tu hora por Whatsapp

 +56 9 5618 4567

 +56 9 3906 1358

Lunes a Viernes

09:00 a 14:00

15:00 a 19:00

Sábados

09:00 a 13:00