

Imagenología Oral y Maxilofacial

Nombre paciente: _____ RUT: _____

Fecha: ____ / ____ / ____ Edad: _____ Fono: _____

Email: _____



INTRAORAL

- ☐ Retroalveolar periapical
- ☐ Retroalveolar periapical total
- ☐ Bitewing bilateral
- ☐ Escaneo intraoral



EXTRAORAL

- ☐ Panorámica
- ☐ Teleradiografía lateral
- ☐ Análisis cefalométrico
- ☐ Radiografía de mano
- ☐ Teleradiografía frontal



TOMOGRFÍA CONE BEAM

Equipo: J. Morita

- ☐ ATM
- ☐ Bimaxilar
- ☐ Maxilar
- ☐ Mandíbula
- ☐ Zona _____
(FOV 40 x 40 mm)



SINTOMATOLOGÍA

- ☐ Dolor a la percusión dentaria vertical/horizontal
- ☐ Dolor a cambios de temperatura
- ☐ Dolor articular
- ☐ Dolor a la masticación
- ☐ Aumento de volumen / fístula
- ☐ Asintomático
- ☐ Dolor irradiado

DIAGNÓSTICO CLÍNICO / SE DESEA SABER

.....

.....

.....

Solicitado por Dr.(a): _____

Dirección _____

Email _____ Fono _____

Firma y timbre