

Imagenología Oral y Maxilofacial

Nombre paciente _____

Fecha ___ / ___ / _____ Edad ___ Fono _____

Email _____

INTRAORAL

- Retroalveolar Periapical
 Retroalveolar Periapical Total Bitewing bilateral

EXTRAORAL

- Panorámica Radiografía de mano
 Telerradiografía lateral Telerradiografía frontal
 Análisis cefalométrico

TOMOGRAFÍA CONE BEAM

Equipo: J. Morita

- ATM
 Bimaxilar
 Maxilar
 Mandíbula
 Zona de interés
(FOV 40x40 mm)



TIPO ESTUDIO

- Estudio para implantes
 Estudio de lesiones, patologías, fracturas
 Estudio de endodencia
 Estudio de biotipos periodontales
 Estudio vía aérea y/o cavidades paranasales

ESPECIFICACIONES CBCT

- Cortes y medidas para implantes Marcar canal Otro _____

Formato de envío Dentista DICOM Viewer


DIAGNÓSTICO CLÍNICO. SE DESEA SABER

Solicitado por Dr. (a) _____

Dirección _____

Email _____ Fono _____

 Camino El Alba 9500, Torre B, of.007,
Las Condes, Santiago.

 Agendar hora en: +56 2 32247816 / +56 9 20351431
(WhatsApp) / contacto@imaprox.cl



REFERENCIA

A 1 km de Metro Los Dominicos.
Micros C02, C02c y 421.
Bajar en parada Camino El Algarrobo.



Lunes a Viernes: 9:00 a 19:00
Sábado: 9:00 a 13:30