

8B



**FOCUSRAD**  
RADIOLOGÍA DENTAL Y MAXILOFACIAL

Amunátegui 785, oficina 225, La Serena  
 Tel: +56 512 406 214  
 Celular y Whatsapp: +56 958 681 122  
 laserena@focusrad.cl  
 www.focusrad.cl  
**Horario de Atención: Lunes a Viernes de**  
 9:00 a 18:30. Sábados de 9:30 a 13:00

---

Paciente: Isidoro Marcelino Vega

Edad: 130

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

RUT: 16174125

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha: 23/08/25

Correo Electrónico Paciente: \_\_\_\_\_

---

|     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1   | 2   | 3   | 4   | 5   | 6   | 7   | 8   |
| 1.8 | 1.7 | 1.6 | 1.5 | 1.4 | 1.3 | 1.2 | 1.1 |
| 4.8 | 4.7 | 4.6 | 4.5 | 4.4 | 4.3 | 4.2 | 4.1 |
| 17  | 18  | 19  | 20  | 21  | 22  | 23  | 24  |

|     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 9   | 10  | 11  | 12  | 13  | 14  | 15  | 16  |
| 2.1 | 2.2 | 2.3 | 2.4 | 2.5 | 2.6 | 2.7 | 2.8 |
| 3.1 | 3.2 | 3.3 | 3.4 | 3.5 | 3.6 | 3.7 | 3.8 |
| 25  | 26  | 27  | 28  | 29  | 30  | 31  | 32  |

|     |     |     |     |     |
|-----|-----|-----|-----|-----|
| A   | B   | C   | D   | E   |
| 5.5 | 5.4 | 5.3 | 5.2 | 5.1 |
| 8.5 | 8.4 | 8.3 | 8.2 | 8.1 |
| K   | L   | M   | N   | O   |

|     |     |     |     |     |
|-----|-----|-----|-----|-----|
| F   | G   | H   | I   | J   |
| 6.1 | 6.2 | 6.3 | 6.4 | 6.5 |
| 7.1 | 7.2 | 7.3 | 7.4 | 7.5 |
| P   | Q   | R   | S   | T   |

---

**ESTUDIO SOLICITADO**

☒ Rx Periapical Diente(s): 1,1 y 2,1

☐ Rx Periapical Total

☐ Rx BiteWing \_\_\_\_\_

☐ Rx Panorámica

**\* Scanner Tomografía Cone Beam 3D:**

☐ Bimaxilar ☐ ATM

☐ Maxilar ☐ Mandíbula

☐ Zona Diente(s): \_\_\_\_\_  
(Máximo 3 dientes adyacentes)

☐ Maxilofacial (de nasion a menton)

☐ Senos Maxilares ☐ Vía Aérea

☐ Senos Paranasales

☐ Modelo de Yeso, Prótesis o Guía

**Telerradiografía:**

☐ Lateral

☐ Frontal

☐ Mano

**\* Análisis Cefalométricos:**

☐ Ricketts

☐ Jarabak

☐ Steiner

☐ Tweed-Merrifield

☐ Roth-Jarabak

☐ Mc Namara

☐ Sassouni-Plus

☐ Otro: \_\_\_\_\_

---

Diagnóstico clínico: \_\_\_\_\_

Se desea saber: \_\_\_\_\_

Envío a: Estefano Moyano Castillo

Teléfono: \_\_\_\_\_

Clinica: 18844903-4

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: Estefano Dentista

Teléfono: \_\_\_\_\_

Enviar por correo electrónico: ☐ Examen ☐ Informe

Entrega inmediata de radiografías  
 \*Entrega de resultados en 2 días hábiles  
 Prefiera nuestra órdenes digitales disponibles en [www.focusrad.cl](http://www.focusrad.cl)