



Ramón Subercaseaux 1268
Piso 11, Of. 1105

Centro Radiológico Dental y Maxilofacial

◆◆ Metro El Llano - Metro San Miguel

☎ 224 035 783

📞 Whatsapp+569 5892 5960

www.3dray.cl

✉ rayossanmiguel@gmail.com

ORDEN DE EXAMEN

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|--|--|--|--|---------------|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Paciente: | | | | | | | | | | Fecha: | | | | | | | | | |
| RUT: | | | | | Email Pac: | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha Nac: | | | | | Tel Contacto: | | | | | Edad: | | | | | | | | | |
| Dr(a): | | | | | Clínica: | | | | | | | | | | | | | | |
| Email Dr(a): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J |
| 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 | 5.5 | 5.4 | 5.3 | 5.2 | 5.1 | 6.1 | 6.2 | 6.3 | 6.4 | 6.5 |
| 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 | 8.5 | 8.4 | 8.3 | 8.2 | 8.1 | 7.1 | 7.2 | 7.3 | 7.4 | 7.5 |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | K | L | M | N | O | P | Q | R | S | T |

INTRAORAL

OPCIONES DE ENTREGA

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|-------------------|--------------------------|----------|--------------------------|-----------|--------------------------|-------------|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | Periapical Piezas | <input type="checkbox"/> | Digital | <input type="checkbox"/> | Análoga | <input type="checkbox"/> | Con Informe | <input type="checkbox"/> | Sin Informe |
| <input type="checkbox"/> | RX Total | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Con Informe | <input type="checkbox"/> | Sin Informe |
| <input type="checkbox"/> | Bitewing | <input type="checkbox"/> | Derecha | <input type="checkbox"/> | Izquierda | <input type="checkbox"/> | Con Informe | <input type="checkbox"/> | Sin Informe |
| <input type="checkbox"/> | Oclusal | <input type="checkbox"/> | Superior | <input type="checkbox"/> | Inferior | <input type="checkbox"/> | Con Informe | <input type="checkbox"/> | Sin Informe |
| ENVIAR POR EMAIL | | | | | | | | | |

EXTRAORAL

OPCIONES DE ENTREGA

| | | | | | |
|--------------------------|------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | Panorámica | <input type="checkbox"/> | Con Informe | <input type="checkbox"/> | Sin Informe |
| <input type="checkbox"/> | Telerradiografía | <input type="checkbox"/> | Lateral | <input type="checkbox"/> | Anteroposterior |
| <input type="checkbox"/> | RX Mano/Carpo | <input type="checkbox"/> | Con Informe | <input type="checkbox"/> | Sin Informe |
| Placas Impresas | | | | | |
| ENVIAR POR EMAIL | | | | | |

ANÁLISIS CEFALOMÉTRICOS

OPCIONES DE ENTREGA

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|---------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|--------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Clark | <input type="checkbox"/> | Mcnamara | <input type="checkbox"/> | Ricketts | <input type="checkbox"/> | Roth-Jarabak | <input type="checkbox"/> | Impreso |
| <input type="checkbox"/> | Jarabak | <input type="checkbox"/> | Steiner | <input type="checkbox"/> | Roth | <input type="checkbox"/> | Otro: | <input type="checkbox"/> | ENVIAR POR EMAIL |

SCANNER - TOMOGRAFÍA - CONE BEAM

OPCIONES DE ENTREGA

| | | | | | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Scanner Maxilar Inferior | <input type="checkbox"/> | Implantes | <input type="checkbox"/> | Con Informe | <input type="checkbox"/> | Sin Informe |
| <input type="checkbox"/> | Scanner Maxilar Superior | <input type="checkbox"/> | Terceros Molares | <input type="checkbox"/> | Placas Impresas | | |
| <input type="checkbox"/> | Scanner Zona: | <input type="checkbox"/> | Fractura | <input type="checkbox"/> | Placas PDF e informe por Email | | |
| <input type="checkbox"/> | (Zona Máximo 3 piezas contiguas) | <input type="checkbox"/> | Diente Incluido | <input type="checkbox"/> | CD con Visualizador | | |
| <input type="checkbox"/> | ATM | <input type="checkbox"/> | Boca Abierta | <input type="checkbox"/> | Boca Cerrada | <input type="checkbox"/> | DICOM nativos por Email |
| Scanner con visualizador por Email | | | | | | | |

ME INTERESA SABER:

COMENTARIOS DE USO INTERNO:

Horario de atención publicado en www.3dray.cl



Centro Radiológico Dental y Maxilofacial



Red compra

Aquí se paga hoy!

Visítanos en:

Ramón Subercaseaux 1268, Piso 11, Of. 1105
Teléfono: 224 035 783 - Whatsapp +56958 925 960

rayossanmiguel@gmail.com
www.3dray.cl

Horario de Atención publicado en:
www.3dray.cl