

Nombre Paciente: _____ Rut: _____
Fecha de Nac.: _____ Fono: _____ Fecha: _____ Email: _____

Exámenes

Rx Retroalveolar
Piezas _____

● Rx Retroalveolar Total

Rx Bite - Wing Bilateral Adulto

Rx Bite - Wing Bilateral Niño

Rx Panorámica

Rx Teleradiografía Lateral

Rx Teleradiografía Frontal

Rx de Mano

Set de Fotos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
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
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
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
5.5	5.4	5.3	5.2	5.1	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5
8.5	8.4	8.3	8.2	8.1	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5
K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T

Análisis Cefalométrico Computacional

Ricketts

Roth - Jarabak

Jarabak

Steiner Tweed

Frontal

Otros _____

Tomografía Computada Cone beam

Por Grupo Dentario _____

Maxilar _____

Mandíbula _____

Bimaxilar _____

ATM Boca Abierta y Cerrada _____

ATM Boca Cerrada _____

Diagnóstico Clínico _____

Desea Saber _____

Solicitado por Dr. (a) _____ Fono _____

Dirección _____ E-mail _____

* Si desea recibir informes e imágenes por email, solicitarlos a: contacto@graymax.cl

🌱 Antes de imprimir, compruebe que sea realmente necesario, cuidemos el medio ambiente.

Estamos Ubicados

Avda. Salvador 95, Oficina 704
Providencia - Santiago
🇨🇱 Salvador
Teléfono / 264690752
Celular / +56956885530
Estacionamiento gratuito para
Pacientes

Horarios de Atención

Lunes a Viernes:
de 09:00 a 18:30 hrs.
Horario continuado
Sábado: 09:00 a 13:30 hrs.

El horario puede ser modificado sin previo aviso



www.graymax.cl
contacto@graymax.cl