**MáxiloLab 3D**
**Imagenología Oral y Maxilofacial**

**Dra. Daniela Vicuña I.**

Nombre: .....
Fecha Nacimiento..... RUT.....
Fecha..... Domicilio .....

| 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 |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 |
| 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 |

| 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 |
| K | L | M | N | O | P | Q | R | S | T |
| 8.5 | 8.4 | 8.3 | 8.2 | 8.1 | 7.1 | 7.2 | 7.3 | 7.4 | 7.5 |

**Estudio Radiográfico:**

- ☐ Retroalveolar diente(s) N° _____
- ☐ Retroalveolar total
- ☐ Bite Wing
- ☐ Panorámica
- ☐ Telerradiografía Lateral
- ☐ Telerradiografía Frontal
- ☐ Radiografía Mano

**Análisis Cefalométrico Computacional**

- ☐ Ricketts
- ☐ Roth
- ☐ Jarabak
- ☐ Steiner
- ☐ Tweed
- ☐ Tejidos blandos
- ☐ Sassouni Plus
- ☐ Otros:_____

**Cone Beam CT:**

- ☐ CBCT Zona (FOV 5x5cm)
  - ☐ Especificar Zona: _____
- ☐ CBCT Arcada (FOV 8x8 cm)
  - ☐ Maxilar
  - ☐ Mandíbula
- ☐ CBCT Bimaxilar (FOV 11x10 cm)
- ☐ CBCT Base de Cráneo (FOV 17x13cm)
- ☐ CBCT ATM (Boca Abierta y Cerrada)
- ☐ Análisis Específicos :_____

**Escaneo Digital Dental:**

- ☐ Maxilar
- ☐ Mandibular
- ☐ Bimaxilar
- ☐ Zona Diente: _____

**Otros:**

- ☐ Segmentación 3D
- ☐ Confección de Biomodelos

Diagnóstico Clínico/Observaciones:

Solicitado por Dr (a): .....
Fono:_____ Correo Electrónico: _____

Av. Las Condes 11380 – Oficina 44 – Vitacura. Santiago
Teléfono (56 2) 2 378 7333 – (56 9) 4008 4837