



Arturo Prat 847, Of 405. Edificio Prat - Temuco

Horario de Atención

Lunes a viernes 09:00 a 14:00 hrs
y de 15:00 a 18:00hrs.
Sábado de 10:00 a 13:00 hrs.

Contacto

☎ (45) 2646846
☎ +569 91286079
✉ temuco@cerox.cl

San Martín 709, Of 503 / Edificio Bellavista / Villarrica

Horario de Atención

Lunes a viernes 09:30 a 13:20 hrs
y de 14:30 a 18:40hrs.

Contacto

☎ (45) 2410938
☎ +569 42335244
✉ villarrica@cerox.cl

ORDEN DE EXÁMEN

Agendar hora en www.cerox.cl

Datos del Paciente

Nombre del Paciente

RUT

Teléfono

Edad

Fecha de Nacimiento

Email del Paciente

Se atiende por hora agendada y por orden de llegada. Se otorga prioridad a los pacientes que tengan hora previa agendada.

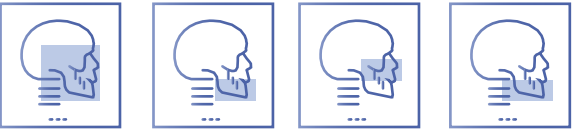
Diagnóstico del Clínico

Autorización Paciente

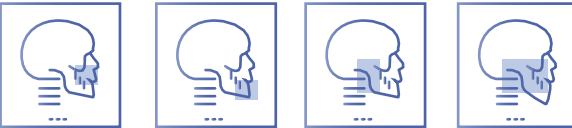
- ☐ Autorizo cargar mis exámenes para descarga web
- ☐ Autorizo enviar por email los exámenes

Firma

SCANNER / CONE BEAM / TOMOGRAFÍA 3D



- ☐ Cráneo Completo
- ☐ Bimaxilar
- ☐ Maxilar
- ☐ Mandíbula



- ☐ Zona Dientes:
- ☐ Grupo:
- ☐ ATM Boca Cerrada
- ☐ ATM Boca Abierta Cerrada
- I

II

III

IV

V

VI

Objetivo del Exámen

- ☐ Implantes
- ☐ Endodoncia
- ☐ Fractura Dentaria
- ☐ Traumatismo Maxilofacial Terceros
- ☐ Molares
- ☐ Patología
- ☐ Supernumerarios - Dientes incluídas
- ☐ Vía Aérea
- ☐ Ortodoncia Estudio Simetría
- ☐ Asimetria Condilar
- ☐ Cirugía Ortognática
- ☐ Face Scan Fotográfico 3D facial

SÓLO SUCURSAL TEMUCO

Indicaciones Especiales

IMPRESIÓN DIGITAL, escaneo óptico by 3shape

SÓLO SUCURSAL TEMUCO

- ☐ Escaneo intraoral
- ☐ Arcada superior
- ☐ Arcada inferior
- ☐ Oclusión

- ☐ Escaneo intraoral para INVISALIGN

- ☐ Escaneo Óptico de Modelo de Yeso
- ☐ Arcada superior
- ☐ Arcada inferior
- ☐ Oclusión

*Favor enviar modelos en oclusión fijados con algún material de adherencia.

- ☐ IMPRESIÓN 3D ARCHIVO STL
- Envíanos tu STL a: ceroclub@gmail.com

NOMENCLATURA

- ☐ FDI
- ☐ ADA (Nacional)

ADULTOS

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

NIÑOS

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

RADIOGRAFÍAS 2D INTRAORAL

- ☐ Peripical Piezas N°:
- ☐ Peripical Total
- ☐ Bite Wing Bilateral
- ☐ Derecha
- ☐ Izquierda

RADIOGRAFÍAS 2D EXTRAORAL

- ☐ Panorámica / Ortopantomografía Digital (1:1)
- ☐ Teleradiografía Lateral
- ☐ Teleradiografía Postero Anterior

ESTUDIOS CEFALOMÉTRICOS

- ☐ Ricketts
- ☐ Steiner
- ☐ Jaraback
- ☐ Roth
- ☐ Roth Jaraback
- ☐ Sassouni-Plus
- ☐ Otros:

SOLICITADO POR:

CORREO DR(A):