



CERTEZA DIAGNÓSTICA CON IMÁGENES  
**DIGIDENT**

Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Doctor Referente: \_\_\_\_\_

Tel / Email: \_\_\_\_\_

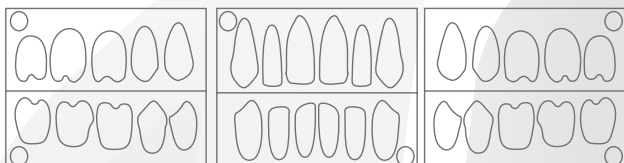
Diagnóstico Clínico: \_\_\_\_\_

### Solicitud Examen Radiográfico:

Con Imágenes DICOM     Sin Imágenes DICOM

Tomografía Volumétrica

Marque con x la zona a estudiar



Art. Témporo Mandibular     Boca abierta     Boca cerrada  
 Derecha     Izquierda

Senos Maxilares     Izq     Der

Otro: \_\_\_\_\_

Rx Intraorales Convencionales

Rx periapical juego completo  
 Rx periapical Pieza(s) \_\_\_\_\_  
 Rx de aletas

Rx Extraorales Digitales

Rx panorámica  
 Rx Lateral de cráneo cefalométrica  
 Rx frontal cefalométrica     AP     PA  
 Rx Submentovertex  
 Rx Mano o carpal  
 Rx ATM     Boca abierta     Boca cerrada  
 Rx Senos paranasales  
 Rx Waters

Firma Doctor: \_\_\_\_\_ Cód CCD: \_\_\_\_\_

HOSPITAL  
**CIMA**  
SAN JOSE

Torre Medica 2 , Piso 1  
Oficina 106, Hospital Cima SJ,  
Tel: 2208-8106

**Plaza Vivo**  
**Los Yoses**

150 mts Oeste del Ice  
Piso 2, Oficina 22  
Tel: 2253-1241