



NOVORAD

Diagnóstico por Imágenes Digitales

DR. RENÉ ARRIAGADA HERRERA
Radiologo Maxilofacial

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Rut: _____

Fecha: _____ Teléfono: _____

Fecha de entrega: _____

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

Exámenes Solicitados

- ☐ Rx Retroalveolar diente N° _____ Análisis Cefalométrico Computacional
- ☐ Set Total _____
- ☐ Rx Bitewing _____
- ☐ Rx Panorámica _____
- ☐ Rx Teleradiografía Lateral Tomografía Computarizada
- ☐ Rx Teleradiografía Frontal Alta Resolución Cone Beam
- ☐ Rx Digital Mano _____
- ☐ Otra _____

Diagnóstico Clínico: _____

Desea Observar: _____

Solicitado por Dr.(a): _____

Dirección: _____

Fono: _____ e-mail: _____

Autorizo enviar al odontólogo tratante _____



NOVORAD

Diagnóstico por Imágenes Digitales

DR. RENÉ ARRIAGADA HERRERA
Radiologo Maxilofacial

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Rut: _____

Fecha: _____ Teléfono: _____

Fecha de entrega: _____

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

Exámenes Solicitados

- ☐ Rx Retroalveolar diente N° _____ Análisis Cefalométrico Computacional
- ☐ Set Total _____
- ☐ Rx Bitewing _____
- ☐ Rx Panorámica _____
- ☐ Rx Teleradiografía Lateral Tomografía Computarizada
- ☐ Rx Teleradiografía Frontal Alta Resolución Cone Beam
- ☐ Rx Digital Mano _____
- ☐ Otra _____

Diagnóstico Clínico: _____

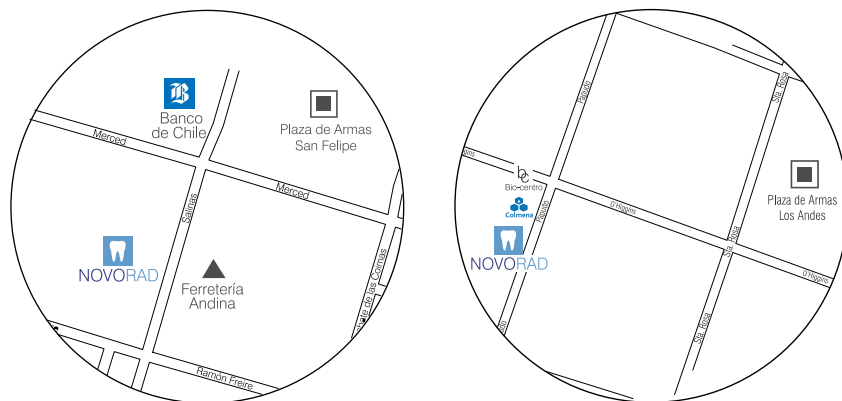
Desea Observar: _____

Solicitado por Dr.(a): _____

Dirección: _____

Fono: _____ e-mail: _____

Autorizo enviar al odontólogo tratante _____



SAN FELIPE

DIRECCIÓN

Salinas 1373, Oficina 210 Edificio
El Comendador, San Felipe.

* Dentro del edificio El Comendador
en la torre del fondo 2do piso.

LOS ANDES

DIRECCIÓN

Papudo 433, Los Andes.

* Al lado de Colmena.

HORARIO DE ATENCIÓN

Lunes a Viernes, mañana de 9:30 a 13:30 hrs.

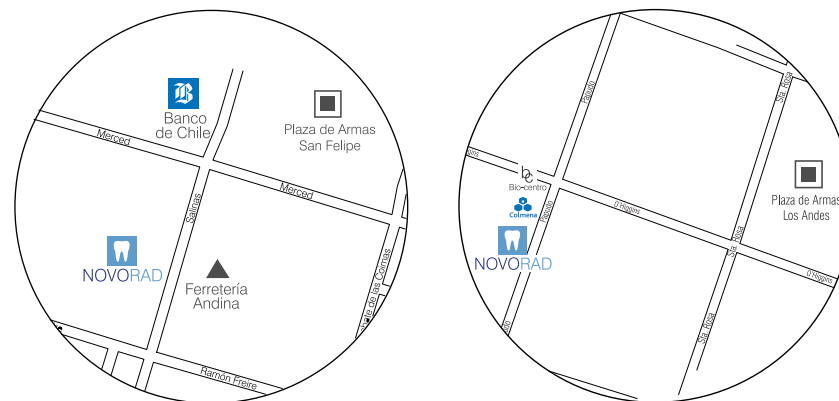
y tarde 15:30 a 18:00 hrs.

(Modificable según Pandemia)

CONTACTO

San Felipe (Reserva de Hora): 34 - 2511 411  +56 9 53099002

Los Andes (Reserva de Hora): 22 - 4553 034  +56 9 65220863



SAN FELIPE

DIRECCIÓN

Salinas 1373, Oficina 210 Edificio
El Comendador, San Felipe.

* Dentro del edificio El Comendador
en la torre del fondo 2do piso.

LOS ANDES

DIRECCIÓN

Papudo 433, Los Andes.

* Al lado de Colmena.

HORARIO DE ATENCIÓN

Lunes a Viernes, mañana de 9:30 a 13:30 hrs.

y tarde 15:30 a 18:00 hrs.

(Modificable según Pandemia)

CONTACTO

San Felipe (Reserva de Hora): 34 - 2511 411  +56 9 53099002

Los Andes (Reserva de Hora): 22 - 4553 034  +56 9 65220863