

DATOS DEL PACIENTE		FECHA	<input type="text"/>
NOMBRE	<input type="text"/>	RUT	<input type="text"/>
CORREO	<input type="text"/>	TELÉFONO	<input type="text"/>
NOMBRE TRATANTE	<input type="text"/>		
CORREO TRATANTE	<input type="text"/>	TELÉFONO TRATANTE	<input type="text"/>

DIAGNÓSTICO CLÍNICO	DETALLE
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 DIGITALES 2D

- RX RETROALVEOLAR PIEZA N°
- RX RETROALVEOLAR TOTAL
- BITE-WING UNI BI
- RX OCLUSAL
- RX PANORÁMICA
- RX TELERADIOGRAFÍA LATERAL
- RX TELERADIOGRAFÍA FRONTAL
- RX DIGITAL DE MANO

TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA CONE BEAM

- MAXILAR SUPERIOR DICOM SIN PROCESAR
- MAXILAR INFERIOR
- BIMAXILAR
- CRÁNEO COMPLETO: 0,3 MM 0,6 MM
- CRÁNEO BAJO
- ATM BOCA CERRADA
- ATM BOCA ABIERTA/BOCA CERRADA (*)
- ATM ALTA RESOLUCIÓN (*)

(*) ESTE EXÁMEN REQUIERE DOS TOMAS.

ESTUDIO ESPECIALIDAD

- PLANIFICACIÓN QX CONVENCIONAL
- PLANIFICACIÓN QX CUSTOMIZADA
- PLANIFICACIÓN IMPLANTES
- IMPRESIÓN BIOMODELOS
- IMPRESIÓN SPLINTS Y/O GUÍAS QX
- ESTUDIO BIOFIRST
- ESTUDIO PRE-QUIRÚRGICO
- ESTUDIO POST-QUIRÚRGICO
- ANÁLISIS CEFALOMÉTRICOS (Detallar)

REGISTROS

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> FOTOGRAFÍA | <input type="checkbox"/> EXTRAORAL | <input type="checkbox"/> INTRAORAL |
| <input type="checkbox"/> MODELOS | <input type="checkbox"/> MAXILAR | <input type="checkbox"/> MANDÍBULA |
| <input type="checkbox"/> HOLTA | <input type="checkbox"/> DIGITALIZACIÓN MODELOS + OCLUSIÓN | |
| <input type="checkbox"/> VIDEO | <input type="checkbox"/> 1ER CONSULTA ESTUDIO | <input type="checkbox"/> DINÁMICA FACIAL |
| | <input type="checkbox"/> EVALUACIÓN PRE QUIRURGICA | <input type="checkbox"/> DISFUNCIÓN ARTICULAR |
| | <input type="checkbox"/> DINÁMICA MANDIBULAR | <input type="checkbox"/> FONACIÓN |
| <input type="checkbox"/> ESCÁNER INTRAORAL | <input type="checkbox"/> UNITARIO | <input type="checkbox"/> BIMAXILAR |

FIRMA Y TIMBRE DEL TRATANTE

ENVIAR ORDEN



E EL ESTACIONAMIENTO ES POR CALLE CERRO TRONADOR, PISO -3

CONTACTO
 +56 9 3917 4488
 CONTACTO@SLICE3D.CL
 WWW.SLICE3D.CL

HORARIOS
 LUNES, MIÉRCOLES Y VIERNES DE 9:30 A 18:00HRS.
 MARTES Y JUEVES DE 9:30 A 19:00HRS.

UBICACIÓN
 CERRO COLORADO 5858, OF. 101, LAS CONDES, RM

TIEMPO DE ENTREGA
 3 A 5 DÍAS HÁBILES