

EJÉRCITO DE CHILE
CENTRAL ODONTOLÓGICA
Sección Diagnóstico por Imagen

Horario de Atención:
Lunes a Jueves 8:10 a 12:00 – 13:00 a 17:00
Viernes 8:10 a 12:00 – 13:00 a 16:00



Paciente: _____ Fecha: _____
Edad: _____ Rut: _____
Odontólogo: _____
Especialidad: _____
e-mail: _____ Firma y Timbre _____
Diagnóstico: _____
Información solicitada: _____

Exámenes Radiográficos con reserva de hora:

- Periapical Total
- Panorámica
- Telerradiografía Lateral
- Telerradiografía Frontal
- ATM
- Mano (Edad ósea)

Tomografía Computarizada Cone Beam (Reserva de hora)

- Zona _____
- Maxilar
- Mandibular
- Bimaxilar
- ATM
- Senos paranasales
- Cavum rinofaríngeo

Exámenes Radiográficos por orden de llegada

- Bite Wing Bilateral
 - Derecha Izquierda
- Retroalveolar diente(s)
N° _____
- Oclusal
 - Superior Inferior

Análisis Cefalométricos

- Ricketts
- Jarabak
- Steiner
- Análisis Transversal de Penn
- Otro:

Uso exclusivo del Paciente

Autorizo a la Central Odontológica a enviar Imágenes e Informe vía correo electrónico:

Correo personal

Correo Odontólogo

Rut y Firma

Reserva de Horas:

Correo: reservashorascoe@cosale.cl WhatsApp: +56 9 4019 3082 Call Center: 22 668 4043 / 22 668 4001 / 22 668 4077
Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, Torre C, 3er Piso. Teléfono Servicio: 226684079