Brinmax®
Diagnóstico por Imágenes en Odontología

Dr. Andrés Briner B.
Dra. Joanne Briner P.
Dra. Daniela Crovo V.
Dra. Renata Pinto H.
Dra. Alessandra Santana C.
Dra. Gloria Gomez O.
Dra. Sofía Mazzei G.
Dra. Francisca Arcos B.

Nombre Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Rut: _____ Fecha: _____

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**

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**

Estudio Radiográfico Digital

- ☐ Retroalveolar dientes Nº _____
- ☐ Retroalveolar total
- ☐ Bite-Wing
- ☐ Panorámica
- ☐ Teleradiografía lateral
- ☐ Teleradiografía frontal
- ☐ Edad ósea en mano

☐ **Análisis Cefalométrico Computacional**

_____

Tomografía Computarizada Alta Resolución Cone Beam (Solicitar hora)

- ☐ Zona Diente(s) _____
- ☐ Maxilar (arcada completa)
- ☐ Mandíbula (arcada completa)
- ☐ Cavidades Perinasales
- ☐ A.T.M
- ☐ Vía Aérea
- ☐ Maxilofacial (nasion-submandibular)
- ☐ Otros _____

Ecotomografías (Solicitar hora)

- ☐ Partes blandas _____
- ☐ Rellenos estéticos faciales _____

Diagnóstico clínico y observaciones:

_____

_____

_____

Nomenclatura:

☐ FDI ☐ Nacional

Solicitado por Dr(a): _____

E-mail: _____

Dirección: _____

Fono: _____

Reserva tu hora: