

Nombre Paciente: _____ Edad _____ años. Tel. _____

Nombre del Doctor: _____ Tel. del Doctor: _____

Domicilio Doctor: _____

e-mail: _____ Firma del Doctor _____

☐ Estudio digital completo (previa cita):

Panorámica lateral, modelos, fotos

Fondo fotográfico:

☐ Blanco ☐ Negro ☐ Azul

Estudios radiográficos digitales:

- ☐ Ortopantomografía (panorámica)
- ☐ Ortopantomografía (panorámica sin JIG de mordida)
- ☐ Ortopantomografía infantil (panorámica)
- ☐ Ortopantomografía incisivos y molares izquierdos
- ☐ Ortopantomografía incisivos y molares derechos
- ☐ Ortopantomografía molares izquierdos
- ☐ Ortopantomografía molares derechos
- ☐ Ortopantomografía bloque de incisivos
- ☐ Senos maxilares
- ☐ ATM (dos tomas)
- ☐ ATM comparativa (cuatro tomas)
- ☐ Lateral de cráneo y cara
- ☐ Lateral de cráneo y cara con boca abierta
- ☐ Antero posterior
- ☐ Postero anterior
- ☐ Oblicua 45° (lateral)
- ☐ Submento Vertex
- ☐ Caldwell
- ☐ Waters
- ☐ Carpal ☐ Derecha ☐ Izquierda ☐ Con reporte óseo

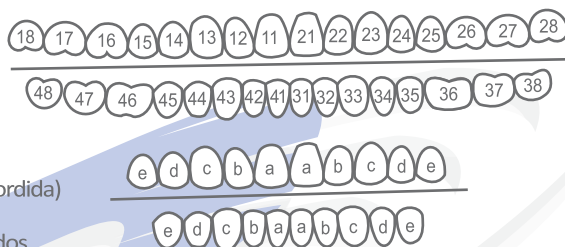
Escaner

- ☐ Escaner intraoral oral
- ☐ Escaner del rostro
- ☐ Escaner de cucharillas
- ☐ Escaner de modelos
- ☐ Estereolitografía

Modelos de estudio

- ☐ Modelos de estudio
- ☐ Impresiones de trabajo

Estudio periapical digital completo:



Radiografía periapical de: _____

Traza digitalizado:

- ☐ Ricketts
- ☐ Steiner
- ☐ Tweed
- ☐ McNamara
- ☐ Downs
- ☐ Jarabak
- ☐ Frontal
- ☐ Bolton

Oclusal:

- ☐ Inferior
- ☐ Superior

Fotografía digital:

- ☐ Fotografía intraoral y extraoral (juego de 17)
- ☐ Fotografía para prostodoncia (juego de 27)
- ☐ Fotografía de modelos de estudio (juego de 6)
- ☐ Fotografía individual
- ☐ Fondo fotográfico ☐ Blanco ☐ Negro ☐ Azul
- ☐ Foto para rinoplastia
- ☐ Fotografía para prótesis

Tipos de FOV (Tamaños de Tomografía)



Observaciones: _____

IMAGENOLOGÍA DIGITAL 3

Tomografía Volumétrica Cone-Beam

- ☐ CD ☐ Impresa
- ☐ ATM ☐ Derecha ☐ Izquierda ☐ Ambas
- ☐ Terceros molares
- ☐ Patología (especificar cuadrante en esquema)
- ☐ Tomografía Maxilar ☐ Superior ☐ Inferior
- ☐ Tomografía Volumétrica Completa (TVC)
- ☐ Tomografía de oído ☐ Derecha ☐ Izquierda
- ☐ Tomografía para senos para nasales

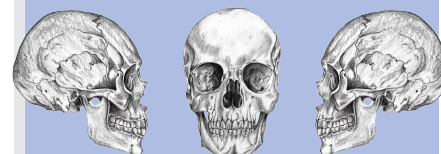
Estudio Ortodóntico 3D

- ☐ Estudio Ortodóntico completo con tomografía volumétrica completa

Estereolitografía Médica

- ☐ Cráneo completo Adulto, sin columna
- ☐ Cráneo completo Niño, sin columna

Por favor, encierre en un círculo el área de interés.



- ☐ Maxilar
- ☐ Mandíbula
- ☐ Maxilar y mandíbula
- ☐ Cráneo completo

Todos los servicios requieren previa cita