

Paciente: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
 Fecha de consulta: _____
 Doctor: _____
 Email: _____

- Solo CD
 Solo Impresión
 Solo Email

RADIOGRAFÍAS:

- ___ Rx PANORÁMICA
- ___ Rx LATERAL DE CRÁNEO
- ___ Rx CARPAL
- ___ Rx AP
- ___ Rx PA
- ___ Rx ATM
- ___ Rx SENOS PARANASALES
- ___ Rx OCLUSAL
- ___ Rx PERIAPICAL NÚM. DIENTES _____
- ___ SERIE PERIAPICAL
- ___ Rx CALDWELL
- ___ Rx WATERS

NOTAS: _____

ESTUDIOS:

- ___ ESTUDIO COMPLETO ORTODONCIA
(panorámica, lateral de cráneo,
fotos y modelos)

- impreso digital

TRAZADOS CEFALOMETRICOS

- RICKETTS TWEED JARABAK
 STEINER MC NAMARA DOWNS

- ___ FOTOGRAFÍA CLÍNICA IMPRESA Y CD

- ___ MODELOS DE ESTUDIO yeso
 digital

- ___ INTERPRETACIÓN

- ___ ESTUDIO DSD 2D
 3D

TOMOGRAFÍAS:

- (solo en sucursal nader)
 TOMOGRAFÍA MACIZO
 ___ FACIAL (OCCLUSIÓN, SENOS MAXILARES)

- (sucursal nader, LA luna y Playa del Carmen)

- ___ TOMOGRAFÍA AMBOS
MAXILARES (BOCA ABIERTA /BOCA CERRADA)
- ___ TOMOGRAFÍA MAXILAR SUP.
- ___ TOMOGRAFÍA MAXILAR INF.
- ___ TOMOGRAFÍA ATM Boca Abierta
 Boca Cerrada
 Ambas
- ___ TOMOGRAFÍA SEGMENTO



ZONA DE INTERÉS: _____
