

FECHA

ORDEN No.

Nombre del Paciente:  Cedula  Tel.

Fecha de nacimiento:    Dirección:  E-mail:

Doctor / Entidad  Teléfono:  E-mail:

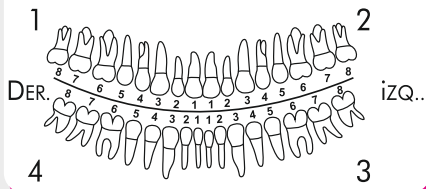
**RADIOLOGÍA 2D**

**EXTRAORALES**

- Panorámica Estandar
- Panorámica Ortogonal
- Panorámica Bite twing
- Rx Senos Maxilares
- Rx A.T.M.
- Rx Craneo PA/AP
- Rx Perfil o Lateral
- Rx Carpograma

**INTRAORALES**

- Periapical Parcial
- Juego Periapical Completo
- Coronal Parcial Der.  Izq.
- Coronal Completo
- Oclusal  Sup.  Inf.



- FORMA DE ENTREGA**
- Acetato  CD
  - Aplicativo web  Email

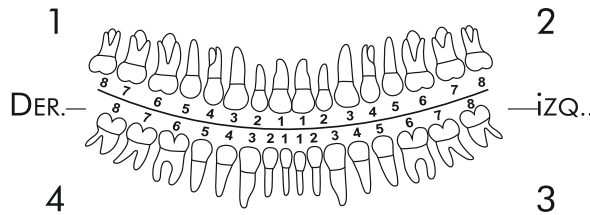
**HORARIO DE ATENCIÓN**  
 Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 12:30 p.m.  
 2:00 p.m. a 6:00 p.m.

Sábado de 8:00 a.m. a 12:00 m  
 2:00 p.m. a 5:00 p.m.

**TARJETA DE CRÉDITO**

**TOMOGRAFIA 3D (CONE BEAM)**

- Sectorizada (2 - 3 dientes)
- Maxilar Superior
- Maxilar Inferior
- Bimaxilar (ambos)
- ATM Der. y/o Izq.
- Boca Abierta
- Boca Cerrada
- Seno Paranasales



Favor enviar TAC  Con Lectura  Sin Lectura

Indicaciones:

**FOTOGRAFÍA CLÍNICA**

- Extraorales
- Intraorales

**MODELOS**

- De Estudio
- De Trabajo

**ANÁLISIS CEFALOMÉTRICOS**

- Steiner
- McNamara
- Otros
- Ricketts
- Jaraback

**PAQUETE DE DIAGNOSTICO**

- 1 Mini de Ortodoncia
- 2 Básico de Ortodoncia  Fotos  Modelos
- 3 Completo de Ortodoncia
- 4 Periodoncia
- 5 Rehabilitación
- 6 Cirugía Maxilofacial
- 7 Odontopediatría

Observaciones:

## ESTUDIOS ESPECIALES

### PAQUETE MINI DE ORTODONCIA

RADIOGRAFIA PANORAMICA  
3 FOTOS EXTRAORALES  
5 FOTOS INTRAORALES

### PAQUETE BÁSICO ORTODONCIA

1 RADIOGRAFIA PANOPAMICA  
1 RADIOGRAFIA PERFIL  
3 FOTOS EXTRAORALES  
5 FOTOS INTRAORALES

### PAQUETE COMPLETO DE ORTODONCIA:

1 RADIOGRAFIA PANORAMICA  
1 RADIOGRAFIA PERFIL  
8 FOTOGRAFIAS  
CEFALOMETRIA  
MODELO DE ESTUDIOS

### PAQUETE ODONTOPEDIATRIA:

1 RADIOGRAFIA PANORAMICA  
1 RADIOGRAFIA PERFIL  
1 JUEGO MODELOS DE ESTUDIO  
5 FOTOGRAFIAS

### PAQUETE DE PERIODONCIA:

1 JUEGO PERIAPICAL COMPLETO  
8 FOTOS (COMO INDIQUE)

### PAQUETE DE DISEÑO DE SONRISA:

1 RADIOGRAFIA PANORAMICA  
1 JUEGO PERIAPICAL COMPLETO  
3 JUEGO DE MODELO DE ESTUDIOS  
5 FOTOS INTRAORALES Y EXTRAORALES

### PAQUETE DE REHABILITACIÓN

1 JUEGO PERIAPICAL COMPLETO  
8 FOTOS (COMO INDIQUE)  
1 PANORAMICA  
1 JUEGO DE MODELOS DE TRABAJO

### PAQUETE DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL:

RADIOGRAFIA PANORAMICA  
1 RADIOGRAFIA PERFIL  
1 RADIOGRAFIA ANTERO POSTERIOR  
5 FOTOS INTRAORALES  
3 FOTOS EXTRAORALES 1:1  
1 JUEGO DE MODELOS DE ESTUDIO  
DIAGNOSTICO CEFALOMETRICO

## RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE

- NO REQUIERE CITA
- ANTES DE TOMAR LOS EXAMENES, DEBE CEPILLAR SUS DIENTES CORRECTAMENTE.
- PIDALE A SU ODONTOLOGO QUE LE INDIQUE SU OCLUSION CORRECTA.
- SI USA PROTESIS O ALGUN APARATO REMOVIBLE, PREGUNTE A SU ODONTOLOGO SI PARA LA TOMA DE LOS EXAMENES ES NECESARIO QUE LO RETIRE O NO.
- SI USTED ESTA EMBARAZADA O SUPONE ESTARLO, POR FAVOR DIGALO A SU ODONTOLOGO AL MOMENTO DE REMITIRLA.
- PARA FOTOGRAFIA DEBE TRAER EL CABELLO RECOGIDO, FRENTE Y OREJAS DESCUBIERTAS, EN LO POSIBLE SIN MAQUILLAJE.

## PARA INGRESAR AL AREA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS DEBE APAGAR SU CELULAR

"GRACIAS POR PERMITIRNOS SER EL APOYO DE SU DIAGNOSTICO".

OBSERVACIONES:

---

---

---

---

---

---