

DATOS DEL PACIENTE

FECHA

D M A

NOMBRE Y APELLIDOS

DOCUMENTO DE IDENT.

DOCTOR O INSTITUCIÓN

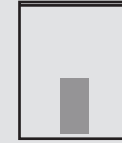
TOMOGRAFÍAS

TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA CONE BEAM (CBCT)

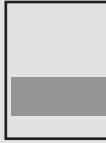


☐ TOMOGRAFIA PARA ENDODONCIA

☐ ENDOPACK (Pre/Post) (Tiempo Max, 6 Meses)



☐ ZONA 3 DIENTES



☐ MAXILAR SUPERIOR



☐ MAXILAR INFERIOR



☐ BIMAXILAR



☐ ATM

ORTODONCIA INVISIBLE

- ☐ 1 Radiografía Panorámica
- ☐ 1 Radiografía de Perfil
- ☐ 8 Fotos clínicas
- ☐ 1 Diagnóstico Cefalométrico
- ☐ 1 Carpeta
- ☐ 1 Escaner intraoral

ESCANER INTRAORAL

☐ Escaneo Bimaxilar

FORMATO DE ENTREGA

☐ CORREO ELECTRONICO ☐ CD

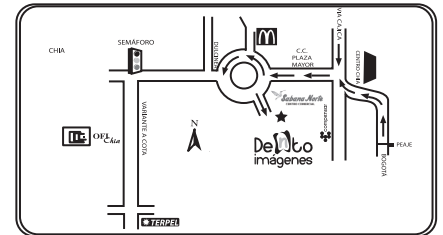
HORARIOS: JORNADA CONTINUA DE Lunes a Viernes: 9:00 am A 6:00 pm Sabados: 8:00 am a 4:00 pm

📍 Chía - Cundinamarca

✉️ dentoimagenes1@gmail.com

📍 C.C. Sabana Norte Av. Pradilla 2 Este 71 - Local 1-98

📞 Celular: 317 405 1228 - 320 852 1815



DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO ☐ Ricketts ☐ Björk Jarabak ☐ Antero-posterior Grummons
CEFALOMETRICO ☐ Legan Blandos ☐ Legan Duros ☐ Steiner ☐ McNamara

PAQUETE DE ORTODONCIA

Panorámica, Perfil, 8 Fotos, Trazo _____

RADIOGRAFÍAS

INTRA ORALES

DRC

8	7	6	5	4	3	2	1
1	2	3	4	5	6	7	8

 IZQ

- ☐ Periapical completo
- ☐ Parcial (Marcar Diagrama)
- ☐ Completo con coroneles
- ☐ Coroneles ☐ Derecha ☐ Izquierda

EXTRA ORALES

- ☐ Panorámica
- ☐ Antero-Posterior
- ☐ Postero-Anterior
- ☐ Perfil
- ☐ Carpograma
- ☐ Carpograma con diagnóstico
- ☐ ATM Transcraneas
- ☐ Copia

FOTOGRAFÍAS CLÍNICAS

INTRA ORALES

- ☐ Oclusión de frente
- ☐ Oclusión derecha
- ☐ Oclusión izquierda
- ☐ Arco superior
- ☐ Arco inferior
- ☐ Over - Jet
- ☐ Over - Bite

EXTRA ORALES

- ☐ Frente
- ☐ Perfil derecho
- ☐ Perfil izquierda
- ☐ Sonrisa
- ☐ 3/4 Derecha
- ☐ 3/4 Izquierda
- ☐ Base nariz

HORARIOS: JORNADA CONTINUA DE Lunes a Viernes: 9:00 am A 6:00 pm Sabados: 8:00 am a 4:00 pm

📍 Chía - Cundinamarca

✉️ dentoimagenes1@gmail.com

📍 C.C. Sabana Norte Av. Pradilla 2 Este 71 - Local 1-98

📞 Celular: 317 405 1228 - 320 852 1815