



Paciente: _____

C.I: _____ Edad: _____

Telf: _____ Correo: _____

Dr(a): _____ Telf: _____

ESTUDIOS RADIOLÓGICOS EXTRAORALES DIGITALES

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Panorámica Digital
<input type="radio"/> Con tope oclusal
<input type="radio"/> Sin tope oclusal | <input type="checkbox"/> A.T.M
<input type="radio"/> Boca abierta
<input type="radio"/> Boca cerrada |
| <input type="checkbox"/> Panorámica más coronales | <input type="checkbox"/> Carpal |
| <input type="checkbox"/> Cefálica Lateral | <input type="checkbox"/> Huesos Propios |
| <input type="checkbox"/> Cefálica Postero-anterior (P.A) | <input type="checkbox"/> Rayos X para planificación de ortodoncia |
| <input type="checkbox"/> Cefálica Antero-posterior (A.P) | |
| <input type="checkbox"/> Waters | |
| <input type="checkbox"/> Caldwell | |

Otros: _____

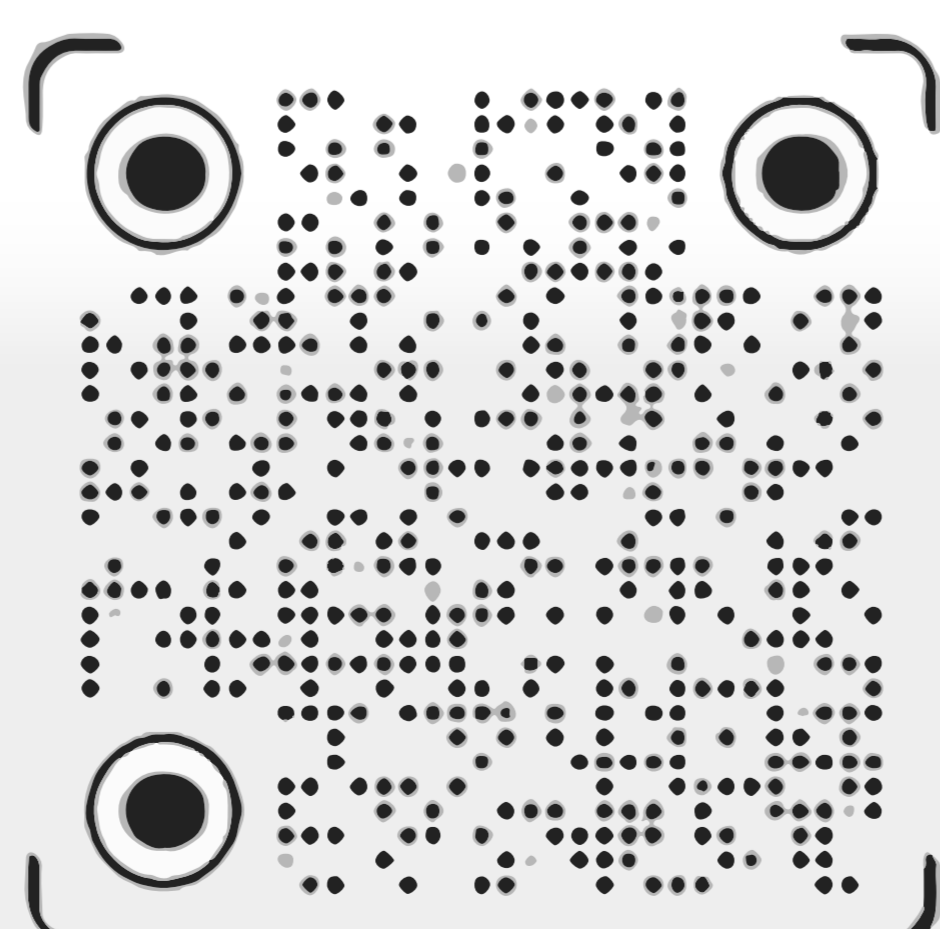
ESTUDIOS TOMOGRÁFICOS

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cone Beam | <input type="checkbox"/> A.T.M Comparativa |
| <input type="checkbox"/> Cone Beam de craneo y cara | <input type="checkbox"/> Sielografía |
| <input type="checkbox"/> Cone Beam para piezas incluidas | <input type="radio"/> Glándula Parotida
DER:___ IZQ:___ |
| <input type="checkbox"/> Cone Beam para piezas individuales | <input type="radio"/> Glándula Submandibular
DER:___ IZQ:___ |
| <input type="checkbox"/> Cone Beam para senos paranasales | <input type="checkbox"/> Reconstrucción 3D |
| <input type="checkbox"/> Cone Beam para endodoncia
UD _____ MICRAS _____ (75 micras en adelante) | |
| <input type="checkbox"/> Simulación para colocación de implantes | |
| <input type="checkbox"/> Guía quirúrgica para cirugía guiada | |

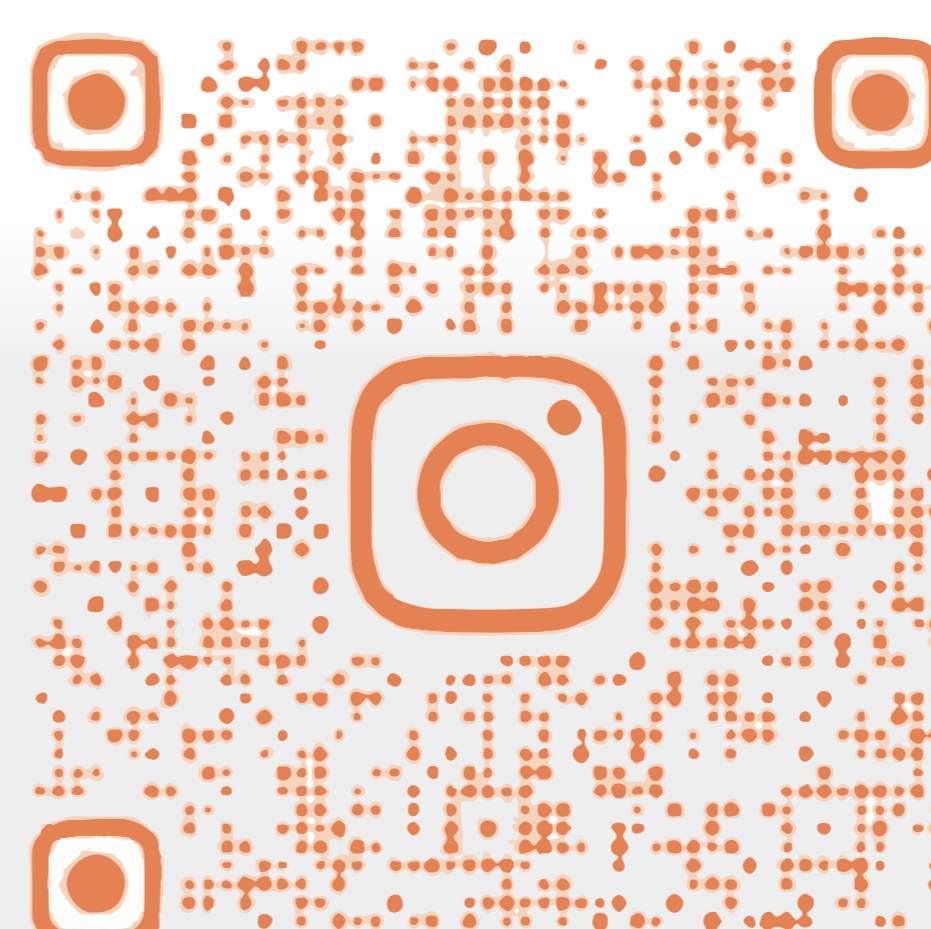
Otros: _____



Facebook



Tik Tok



Instagram



WhatsApp

RADIOGRAFÍA PERIAPICALES

Ortoradial UD: _____

Mesioradial UD: _____

Distoradial UD: _____

Otros: _____

TRAZADO CEFALOMÉTRICO

U.C.V

Ricketts

Mcnamara

Steiner

Lefferson

USP analysis

Webceph analysis

Larabax

Downs

Tweed

Eastman

Wits

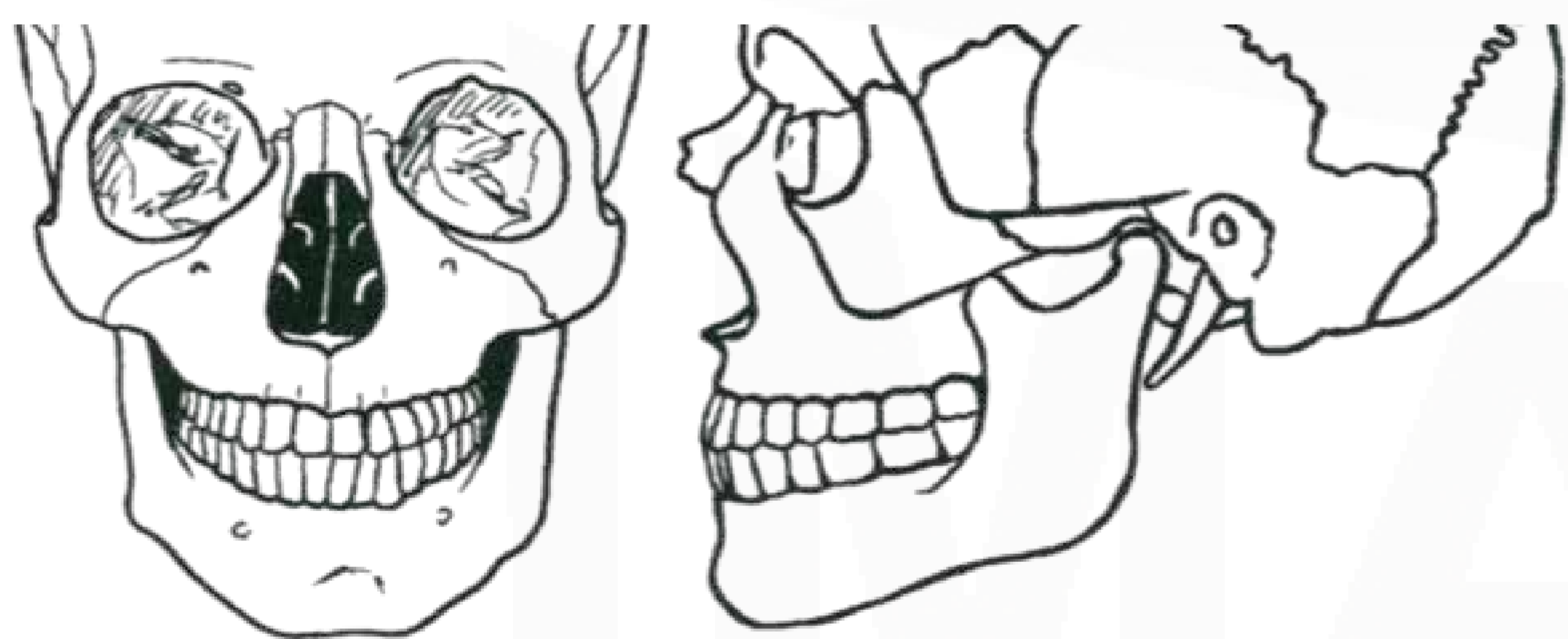
Kim

Methd

SCANNER + IMPRESIÓN

Scanner Intraoral

Impresión Modelo Estudio 3D



Modelo Dental Superior

Modelo Dental Inferior

Modelo Tercio Medio

Hueso Maxilar

Hueso Maxilar + Cigomático

Hueso Mandibular

Articulación Temporomandibular

Escaneo Doble

FOTOGRAFÍAS

FACIALES

INTRAORALES

VIDEO INTRAORAL

VIDEO EXTRAORAL

Horario
Lunes a Sabado
De 8:00AM hasta 5:00PM

CONTÁCTANOS
0412
2292143

3DIMAGENDENTAL@GMAIL.COM