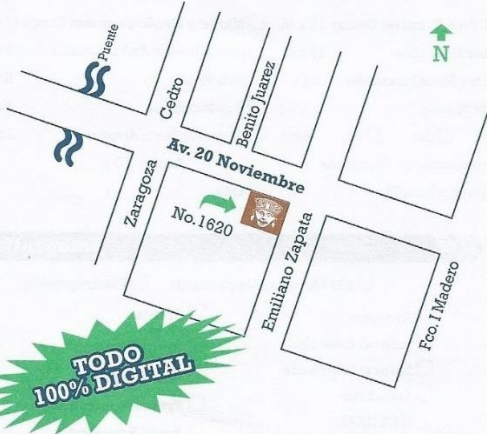


INDICACIONES

- 1.- Presentarse sin objetos metálicos en el área de la cabeza (aretes, cadenas, pasadores, broches, etc.)
- 2.- Con la boca perfectamente limpia.
- 3.- Indiquenos por favor si los estudios serán entregados en el consultorio de su remitente.
- 4.- Los estudios deberán liquidarse al momento de ordenarlos.
- 5.- Existe la posibilidad de otra cita sin costo, en caso de que los estudios deban repetirse.
- 6.- Con blusa blanca si le solicitan fotos clínicas.
- 7.- Ayuno por lo menos dos horas si le solicitan modelos de estudio o de trabajo.



www.diagnosticoentofacial.com.mx



Diagnóstico Dentofacial

Servicios de Apoyo Odontológico

- ♦ Av. 20 de Noviembre No.1620
- ♦ Esq. Emiliano Zapata Col. Tepeyac
- ♦ C.P 93250 Poza Rica, Ver.
- ♦ Tel. 01 (782) 823-54-04 y 823-54-07
- ♦ E-mail: ddentofacial@hotmail.com

Favor de realizar los estudios al (a)

Paciente: _____

Edad: _____ Fecha de Nac.: _____

Tel.: _____ Fecha: _____

Doctor: _____

E-mail / Cel.: _____



Horario corrido:
Lunes a Viernes
9:30 a 20.00 Hrs.
Sábados
9:30 a 18 Hrs.

"Del Diagnóstico Certero Depende el Tratamiento Exitoso"

Radiografías Digitales 2D

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Panorámica | <input type="checkbox"/> Lateral de Cráneo |
| <input type="checkbox"/> P A de Cráneo | <input type="checkbox"/> Carpal |
| <input type="checkbox"/> ATM Comparativa | <input type="checkbox"/> Waters |
| <input type="checkbox"/> Hirtz | <input type="checkbox"/> Otro: |

Intraorales 2D

- | | | |
|----------|----------|---|
| EDCBA | ABCDE | <input type="checkbox"/> Serie Periapical |
| 87654321 | 12345678 | <input type="checkbox"/> RX periapical individual |
| 87654321 | 12345678 | <input type="checkbox"/> Oclusales |
| EDCBA | ABCDE | <input type="checkbox"/> Superior |
| | | <input type="checkbox"/> Inferior |

Otra: _____ Convencional Digital

- Enviar por E-Mail Whats app
 Portal On Line CD Impresión

Modelos

- De Estudio: Recortados
De Trabajo: Superior Inferior
Otras: _____ Yeso Tipo 4" Velmix "

Análisis Dental y Cefalométrico

- Trazado Cefalométrico Computarizado; indicar que tipo de análisis: _____
 Análisis de Dentición Mixta Análisis de Bolton.

Retenedores

- Acetato Placas de Hawley

Laboratorio

- Guarda Oclusal: espesor No. _____ Acetato
 Blanqueamiento Silicona
 Para Disfunción de ATM Guía Quirúrgica
 Deportiva Quirúrgica Estereolitografía

TOMOGRAFÍA 3D CONE BEAM

COMPATIBLE CON WINDOWS
NO SE NECESITA SOFTWARE PREINSTALADO

SELECCIONA REGIÓN DE INTERÉS



OBSERVACIONES Y/O NOTAS

- Full Face 3D Incluye Orbitas 15 x 15 Maxilar y Mandíbula un solo Campo 12 x 9
 Mastoides y Oído 15 x 15 Dento Alveolar Ambas Arcadas 8 x 8
 Nariz y Senos Paranasales 12 x 9 Solo Maxilar 8 x 5
 ATM Bilateral 15 x 15 Solo Mandíbula 8 x 5
 ATM Der. Izq. 8 x 8 Segmento Dento Alveolar 5 x 5
 Interpretación Rx. Certificada Región O.D.# _____
 Impresión Placa RX. Otro: _____

Fotografía

- CD (Archivo Electrónico) Fotoimpresión
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anterior | <input type="checkbox"/> Frente |
| <input type="checkbox"/> Lateral Derecha | <input type="checkbox"/> Perfil Derecho |
| <input type="checkbox"/> Lateral Izquierda | <input type="checkbox"/> Perfil Izquierdo |
| <input type="checkbox"/> Overbite | <input type="checkbox"/> Frente Sonriendo |
| OCCLUSAL | |
| <input type="checkbox"/> Superior | <input type="checkbox"/> Perfil Sonriendo |
| <input type="checkbox"/> Inferior | <input type="checkbox"/> Otras: _____ |