



Nombre: _____ Edad: ____ Sexo: ☐ F ☐ M
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ DNI: _____ Celular: _____
Lugar de Nacimiento: _____ Correo: _____

TOMOGRAFÍA CONE BEAM 3D

CON INFORME ☐ SIN INFORME ☐ DIGITAL ☐ EN FÍSICO (USB) ☐

D	1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	I
	4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	

MAXILAR SUPERIOR ☐ MAXILAR INFERIOR ☐ AMBOS MAXILARES ☐

☐ CAMPO PEQUEÑO
(FOV 5X5) HD

Tomografía 3D
Para Endodoncia

INDIQUE
LA PIEZA _____



☐ CAMPO MEDIANO
(FOV 8X8)

Tomografía 3D
Para Zona de Implante

GUÍA sí ☐ NO ☐



☐ CAMPO BIMAXILAR (FOV 11X10)

☐ Rx Panorámica ☐ Lateral



☐ Tomografía 3D Localización Dentaria
y/o super numerario

☐ Tomografía 3D De Zona Patológica

☐ Tomografía 3D Bimaxilar Para Ortodoncia
(CAMPO 11X10)

☐ CAMPO BIMAXILAR (FOV 11X10)

Tomografía 3D Para senos Paranasales



☐ CAMPO BIMAXILAR (FOV 11X10)

Tomografía 3D (FOV 11X10) Para ATM



☐ Lado Derecho

☐ Lado Izquierdo

☐ Otros Estudios

Observaciones:

Solicitado por Dr. / Dra. : _____ C. O. P. N°: _____

WhatsApp: _____ Dirección: _____

Correo: _____

Motivo de Consulta: _____

PAQUETES ESPECIALIZADOS

☐ PAQUETE ORTODÓNCICO

- ✓ Rx Panorámica
- ✓ Rx Cefalométrica
- ✓ 2 Análisis Cefalométricos
- ✓ Fotos Extraorales e Intraorales

☐ PAQUETE ODONTOPEDIÁTRICO (9 AÑOS A 16 AÑOS)

- ✓ Rx Panorámica
- ✓ Rx Cefalométrica
- ✓ 2 Análisis Cefalométricos
- ✓ Rx Carpal con Análisis
- ✓ Fotos Extraorales e Intraorales

☐ PAQUETE 3D

- ✓ Tomografía Bimaxilar
- ✓ 1 Corte Tomográfico (Rx Placa)

☐ PAQUETE MARPE + CONTROL

- ✓ Tomografía
- ✓ Informe Tomográfico
- ✓ Asesoría Especializada

☐ PAQUETE DIGITAL ESCÁNER

- ✓ Tomografía Cone Beam
- ✓ Escáner Digital (Intraoral)

ANÁLISIS CEFALOMÉTRICOS

- | | |
|--|---|
| ☐ Steiner | ☐ Bjork-Jarabak |
| ☐ Ricketts | ☐ U.S.P |
| ☐ Tweed | ☒ Tejidos Blandos |
| ☐ Arnett | ☐ INSN |
| ☐ Mc Namara | ☐ UPCH |
| ☐ Otros Análisis: | _____ |

RADIOGRAFÍAS EXTRAORALES

☐ Rx Panorámica

☐ Rx Cefalométrica (Lateral)

☐ Rx Carpal con Análisis (Edad de Maduración Ósea)

☐ Estudio ATM (Boca Abierta y Boca Cerrada)



DIGITAL ☐

IMPRESIÓN ☐

☐ Rx Frontal / Postero-Anterior

☐ Otros: _____
(Waters, Towne, Hirtz)

RADIOGRAFÍAS INTRAORALES

RX PERIAPICAL

INDIQUE LA PIEZA

D	1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	I
	4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	

D	5.5	5.4	5.3	5.2	5.1	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5	I
	8.5	8.4	8.3	8.2	8.1	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	

RX Bitewing

Molares

☐ D ☐ I

Premolares

☐ D ☐ I

Técnica de Localización

☐

Serie Radiográfica (14 Rx Periapicales)

☐

RADIOGRAFÍAS OCLUSALES

☐ Inferior

☐ Superior

FOTOGRAFÍAS CLÍNICAS PROFESIONALES

☐ Intraorales

☐ Extraorales

☐ Por Cuadrantes

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

ESCÁNER DIGITAL

☐ ESCANEADO INTRAORAL 3D

☐ Arcada Superior

☐ Arcada Inferior

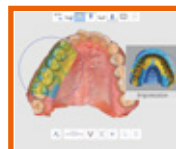
☐ Oclusión

☐ ESCANEADO DE MODELOS

☐ Arcada Superior

☐ Arcada Inferior

☐ Oclusión (Con Material de Registro de Mordida)



☐ IMPRESIÓN 3D

☐ Zócalo

NUEVO SERVICIO

LÁSÉR EN ODONTOLOGÍA

Ofrece precisión, seguridad, confort y resultados terapéuticos superiores.



LÁSÉR EN ATM

LÁSÉR EN ORTODONCIA

LÁSÉR EN ENDODONCIA

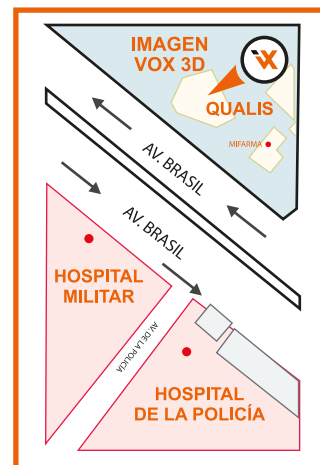
LÁSÉR EN PERIODONCIA

OTROS

☐
☐
☐
☐
☐

¿CÓMO LLEGAR A NOSOTROS?

AV. BRASIL 2730 - PUEBLO LIBRE



Consentimiento Informado

Sí ☐

No ☐