

PACIENTE:	C.C.	TEL.
DOCTOR:		TEL.
OBSERVACIONES:		

INTRAORALES

- 1 ☐ Periapical
2 ☐ Periapical completo
3 ☐ Coronal completo
4 ☐ Oclusal superior
5 ☐ Oclusal inferior

Der. Izq.

V IV III II I	I II III IV V
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
V IV III II I	I II III IV V

EXTRAORALES

- 6 ☐ Panorámica
7 ☐ Perfil
8 ☐ Postero anterior
9 ☐ Biaxial de ATM
 ☐ Boca abierta
 ☐ Boca cerrada
10 ☐ Carpograma

FOTOGRAFÍA CLÍNICA

EXTRAORALES

- 28 ☐ Frente
29 ☐ Perfil derecho
30 ☐ Perfil izquierdo
31 ☐ Sonrisa
32 ☐ 2/4 B. nariz

INTRAORALES

- 33 ☐ Oclusal superior
34 ☐ Oclusal inferior
35 ☐ Oclusión
36 ☐ Lateral derecho
37 ☐ Lateral izquierdo
38 ☐ Over - Bite
39 ☐ Over - Jet
40 ☐ Foto 1:1

ESTUDIOS ESPECIALES

- | | |
|--|---|
| 11 ☐ Estudio para Ortodoncia Simple | 16 ☐ Estudio para Periodoncia |
| 12 ☐ Estudio para Ortodoncia Completo | 17 ☐ Estudio para Cirugía Maxilofacial |
| 13 ☐ Estudio para Ortopedia | |
| 14 ☐ Ortodoncia Digital/Scanner | |
| 15 ☐ Estudio para Rehabilitación Oral | |

MODELOS

- 20 ☐ Estudio 21 ☐ De trabajo 22 ☐ Scanner digitales

CEFALOMETRÍA COMPUTARIZADA

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| 23 ☐ Frontal | 25 ☐ Rickets | 27 ☐ Otros |
| 24 ☐ Steiner | 26 ☐ Mcnamara | |

HORARIO DE ATENCIÓN

Lunes a Viernes:
Jornada continua 8:00 am. - 6:30 pm.
Sábados de 8:00 am. - 1:00 pm.

IMÁGENES DIAGNÓSTICAS CONFIABLES