



ORDEN DE SERVICIO

CENTRO DE ESTUDIOS RADIOLOGICOS DENTALES

Fecha: / / Orden No.

Paciente _____
Tel: _____
Fecha de nacimiento: _____
Motivo de consulta: _____

Trazado cefalometrico

- Ricketts Ricketts summary
- Steiner Downs Otro : _____
- Jarabak Mc namara
- Alexander Mc Laughlin

Fotografía

- Tipo de fondo: Blanco Negro Ortodoncia
- Intra orales Extra orales Prostodoncia Periodoncia

Doctor(a)/Clínica: _____
Tel.: _____
e-mail: _____
Firma Dr(a) _____

Modelos

- Modelos de estudio: zócalo de plástico zócalo de yeso
- Modelos de trabajo (sin zócalo)

Radiografías

- Panorámica
- Panorámica parcial Molares der. Molares izq. incisivos
- Panorámica de senos paranasales
- Lateral de senos paranasales
- Lateral de craneo
- Lateral completa
- ATM (boca abierta y boca cerrada)
- Posteroanterior Anteroposterior
- Smv Waters Carpal

Tomografías

- Tomografía 5x5 (patología, de 2 a 3 dientes)
- Tomografía 8x5 (hemiarcada)
- Tomografía 8x8 (media arcada)
- Tomografía 12x9 (completa, maxilar y mandibular)
- Tomografía ATM comparativa

Estudios Completos

- Ortodoncia (panorámica, lateral de cráneo, cefalometría, modelos de estudio, fotografías intra y extra orales).
- Odontopediatria (panorámica, lateral de cráneo, carpal, modelos de estudio, fotografías intra y extra orales).
- Prostodoncia (panorámica, ATM comparativa, 1 modelos de estudio, 1 modelos de trabajo, fotografías intra y extra orales).
- Periodoncia (panorámica, panorámica parcial indicada, fotografías intra orales).

seleccione área de interés:



Observaciones: _____



Contacto:

Tel: 33 2306 8536
33 2606 8534
33 1872 9485
e-mail: dentimagen3d@gmail.com
Web: www.dentimagen3d.com

Instrucciones para el paciente

1. Concertar cita.
2. Asistir con la boca limpia.
3. Presentarse con frente y orejas descubiertas (recogerse el cabello) y sin maquillaje.
4. Retirarse objetos metálicos del cuello hacia arriba (ej: aretes, cadenas, pasadores, prótesis removibles etc).
5. Informarnos antes de la toma: si usa prótesis o aparatos removibles; si esta embarazada o cree estarlo, solicite autorización de su medico antes de tomarse una radiografía y haganoslo saber.

Horario

Lunes a Viernes de
9:30 am a 2:00 pm y de 4:00 a 7:30 pm

Sábado de
9:30 am a 1:30 pm

¡ PREVIA CITA !

Ubicación



Firma de consentimiento para realizar estudio
Ratifico que no estoy embarazada o que ya tengo autorización y que conozco el aviso de privacidad.

Aviso de privacidad: DENTIMAGEN con domicilio fiscal en Cuautitlan #352, Chapalita, Guadalajara, Jal. C.P.44500 MEXICO, utilizara sus datos personales aqui recabados para proveer los servicios que han solicitado. Para mayor informacion del uso y los derechos que puedan hacer valer.

Cuautitlan #352 Col.Chapalita Guadalajara,jal.