

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: _____
Fecha: _____ Fecha De Nacimiento y Edad: _____

INFORMACIÓN MÉDICO TRATANTE

Médico Tratante: _____
Teléfono: _____ Email: _____

EXÁMENES 2D

	PLACA	DIGITAL
Panorámica de Maxilares	☐	☐
Cefálica (perfil)	☐	☐
A.T.M lateral BA/BC	☐	☐
Senos paranasales	☐	☐
Postero-anterior Cráneo	☐	☐
Edad ósea (carpo)	☐	☐

	PLACA	DIGITAL
Periapical Digital	☐	☐
Bite Wing	☐	☐
Oclusal Digital	☐	☐

Piezas _____
Piezas _____
Sup / Inf: _____

Exámenes Complementarios

☐ Trazado Cefalométrico computarizado
☐ Modelos de estudio para ortodoncia
☐ Fotografías extra e intraorales

Flujo Digital

☐ Escaneo Intraoral _____
☐ Guía Quirúrgica _____
☐ Modelos de Estudio _____
☐ Guardas Oclusales _____

5 x 5cm

☐ Tomografía Endodóntica
3 piezas dentales



6 x 8cm

☐ 1 Arcada Dental
☐ Superior ☐ Inferior



8 x 8cm

☐ Imágenes de ambas
Arcadas Dentales



8 x 15cm

☐ Maxilar y mandíbula
☐ Terceros molares



13 x 15cm

☐ Toda la región
maxilofacial



☐ ATM BA/BC
☐ SENOS PARANASALES



OBJETIVOS DEL EXÁMEN _____ SECTOR _____

REQUIERE INFORME SI ☐ NO _____

NNT

NewTom
WHAT'S NEXT

ON DEMAND

OnDemand3D
The Best in Digital Dentistry

☐ _____

☐ _____

SHYRIS



Av. de los Shyris N39-110
entre Calle El Universo y Telégrafo

099 963 6660

Prensa



Prensa N58-83 y Vaca de Castro
Frente a la parada del metro bus

096 790 9140

METROPOLITAN



Mariana de Jesús y Calle B # N31-190
Planta Baja consultorio 008

0990436734