

Paciente

Nombre _____

F. de Nacimiento _____ Teléfono _____

Email _____

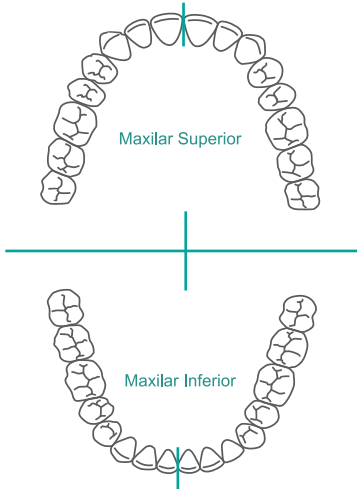
Dr. | Dra. Referente

Nombre _____ Consultorio _____

Teléfono _____ Celular _____ Ciudad _____

Email _____

Odontograma Marca cual



Radiografías 2D Digital () Impreso ()

- | | | |
|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Panorámica | <input type="checkbox"/> Towne Inversa | <input type="checkbox"/> Caldwell |
| <input type="checkbox"/> Lateral de cráneo | <input type="checkbox"/> ATM | <input type="checkbox"/> Hirtz |
| <input type="checkbox"/> Postero Anterior | <input type="checkbox"/> Carpal | |
| <input type="checkbox"/> Antero Posterior | <input type="checkbox"/> Watters | |

Tomografías 3D Digital () USB ()

- | | | |
|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maxilar | <input type="checkbox"/> ATM | <input type="checkbox"/> Diente U. |
| <input type="checkbox"/> Mandíbula | <input type="checkbox"/> Abierta | <input type="checkbox"/> O.D. _____ |
| <input type="checkbox"/> Maxilar y Mandíbula | <input type="checkbox"/> Cerrada | <input type="checkbox"/> Hemiarcada |
| <input type="checkbox"/> Senos paranasales | <input type="checkbox"/> Cráneo completo | |

Paquetes de Ortodoncia

- | | | |
|--------------------------|--|---|
| Radiografías | <input type="checkbox"/> Impresas | <input type="checkbox"/> Digitales |
| Plantilla de Fotografías | <input type="checkbox"/> Impresas | <input type="checkbox"/> Digitales |
| Modelo de Estudio | <input type="checkbox"/> Físicos <small>Yeso</small> | <input type="checkbox"/> Digitales <small>Escaneo Intraoral</small> |
| Trazado Cefalométrico | <input type="checkbox"/> Indicar cual _____ | |
| Presentación Digital | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

Solicitudes especiales

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Con visor <small>Dicom Multiframe</small> | <input type="checkbox"/> Sin visor <small>Dicom Singleframe</small> |
| <input type="checkbox"/> Placa con cortes <small>Con costo adicional</small> | |
| <input type="checkbox"/> Interpretación <small>Por la Radióloga Maxilofacial</small> | |

Trazado Cefalométrico

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Steiner | <input type="checkbox"/> Ricketts |
| <input type="checkbox"/> Jarabak | <input type="checkbox"/> Bjork |
| <input type="checkbox"/> McNamara | <input type="checkbox"/> Tweed |
| <input type="checkbox"/> Downs | |

Fotografías Intra y Extraorales

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Protocolo Ortodoncia |
| <input type="checkbox"/> Protocolo Diseño de Sonrisa |
| <input type="checkbox"/> Protocolo Ortognática |

Modelos de Estudio

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Yeso |
| <input type="checkbox"/> Escaneo Intraoral |




Comentarios a tomar en cuenta

Horarios

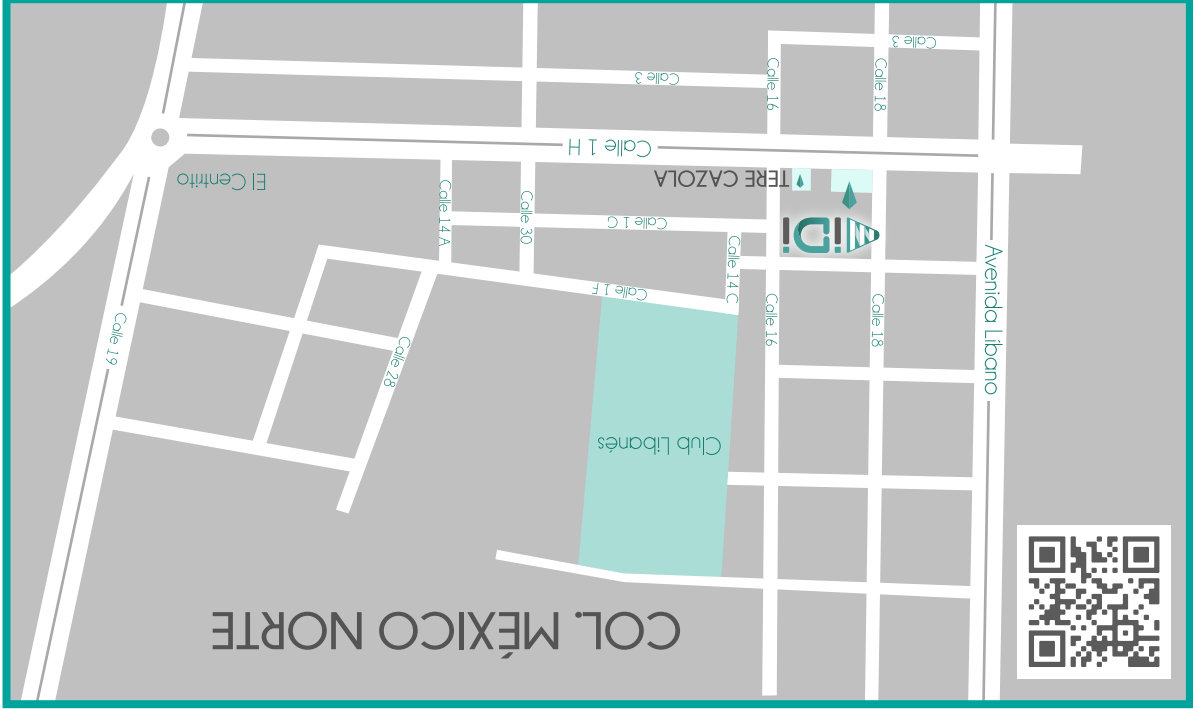
Lunes a Viernes
9:00 am a 7:00 pm

Sábados
9:00 am a 2:00 pm

Imgenologia Digital Integral

www.idimid.com



Imgenologia Digital Integral S. de R. L. de C. V.

Colle 1-H por 16 y 18, No. 48, Local 8, Col Mexico Nte Merida, Yucoton, CP 97125
Email: info@idimid.com Tel (999) 931.72.46 © 9992.41.51.29 CITA PREVIA.



Imgenologia Digital Integral