

Solicitud de Estudios Odontológicos

Paciente _____
 Dirección _____ Teléfono _____
 E-mail _____ Dr(a) _____

Formato de entrega ☐ Impreso ☐ Digital ☐ _____

Estudios Radiográficos

- ☐ **Panorámica**
☐ Convencional
☐ Con trazado p/ implante
 Región _____
☐ ATM (boca abierta y cerrada)
- ☐ **Interproximal**
☐ Pre-molares derecho
☐ Pre-molares izquierdo
☐ Molares derecho
☐ Molares izquierdo
- ☐ **Telerradiografía**
☐ Lateral
☐ Frontal (PA)
☐ Waters (senos de las faces)
☐ Índice carpal y edad ósea
- ☐ **Periapical**

D					E				
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22
23	24	25	26	27	28				
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32
33	34	35	36	37	38				
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

☐ Con laudo ☐ Sin laudo

Documentaciones

- ☐ **DOC Ortodoncia 1** • Panorámica, fotos (intra y extra).
- ☐ **DOC Ortodoncia 2** • Panorámica, telerradiografía, fotos (intra y extra).
- ☐ **DOC Ortodoncia 3** • Panorámica, telerradiografía con trazados, modelo, fotos (intra y extra).
- ☐ **Carpeta de Ortodoncia** • Panorámica, telerradiografía, estudios cefalométricos, modelo de estudios, fotos (intra y extra).
- ☐ **Protocolo para alineadores**
- ☐ **DOC Periodontal** • Panorámica, levantamiento de periapicales, fotos: ☐ Intra ☐ Extra
- ☐ **DOC Implante** • Panorámica con trazado, 1 periapical de la región, modelo, fotos: ☐ Intra ☐ Extra
- ☐ **DOC Clínica** • Panorámica, periapicales anteriores e interproximales, fotos: ☐ Intra ☐ Extra

Fotos

- ☐ **Extra bucal**
☐ Frente ☐ Perfil derecho ☐ Perfil izquierdo ☐ Sonriendo ☐ 1/3 interior de la face
- ☐ **Intra bucal**
☐ Frontal en oclusión ☐ Lateral derecho ☐ Lateral izquierdo ☐ Oclusal superior ☐ Oclusal inferior

Análisis Cefalométricos

- | | | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|--|-------------------------------|--------------------------------|
| ☐ USP | ☐ Unicamp | ☐ USP/Unicamp | ☐ Profis | ☐ Steiner | ☐ Tweed |
| ☐ McNamara | ☐ Downs | ☐ Ricketts | ☐ Ricketts frontal | ☐ Jarabak | ☐ Sassouni |
| ☐ Amad Neto | ☐ Bimler | ☐ Petrovic | ☐ Schwarz | ☐ Trevisi | ☐ Valieri |
| ☐ Rocabado | ☐ Adenoides | ☐ Apnea del sueño | | | |

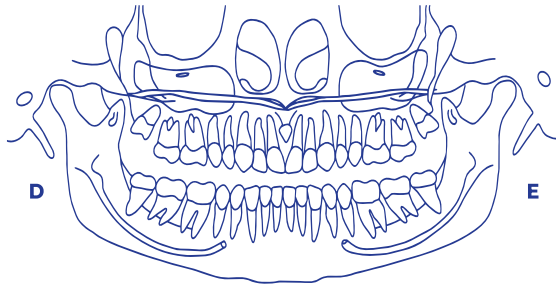
Estudios Complementarios

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Escaneo intraoral 3D | ☐ Tercer molar con ventana
☐ Derecha
☐ Izquierda | ☐ Biomodelo/Prototipado
☐ Maxila
☐ Mandíbula |
| ☐ Modelo
☐ Impreso en 3D
☐ Yeso | ☐ Dientes incluidos
Región _____ | |

Tomografía Computarizada Volumétrica Cone Beam de Alta Resolución

Formato de entrega ☐ Digital ☐ Impreso

- | | |
|--|---|
| ☐ Tomografía maxila completa | ☐ Tomografía mandíbula completa |
| ☐ Tomografía de ATM | ☐ Tomografía maxilar completa con arco cigomático |
| ☐ Tomografía de regiones señaladas | |



Caso o finalidad _____

Profesional

Firma y sello

Fecha de solicitud

Agendar turno



Escribinos
WhatsApp
(0985) 495 392



Visitanos
Pampa Grande y Fortín Casanillo,
Área 3, Ciudad del Este, Py.



www.odontomasrx.com