

81 4175 1219

81 2008 4744

dentalbeamradiografía@gmail.com

dentalbeam.mty

Fecha de solicitud
Día / Mes / Año

____ / ____ / ____



DENTALBEAM
RADIOGRAFÍA SEGURA

Paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Email: _____

Teléfono: _____

Dr(a): _____

Email: _____

Teléfono: _____

Radiografías digitales 2D



Panorámica



Lateral de cráneo **Full lateral**

Steiner Ricketts Jarabak McNamara

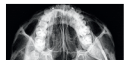
Otro _____



PA **AP**



Senos paranasales Lateral PA



SMV **Water's View**



Serie periapical 16 tomas



Carpal Izquierda Derecha



ATM Lateral Abierto Cerrado
 PA Abierto Cerrado

Tomografías Conebeam

**16 x 9
anatómica**

**12 x 9
Macizo facial**

8 x 9 / 2 cuadrantes

Derecho sup / inf
 Izquierdo sup / inf
 Centro sup / inf

8 x 9 / ATM

Derecha Abierta / Cerrada
 Izquierda Abierta / Cerrada

8 x 5 / 1 cuadrante

Sup. derecho
 Sup. izquierdo
 Inf. derecho
 Inf. izquierdo

5 x 5 / Endodoncia

**Especificar diente
(Abarca hasta 6
dientes)**

**Escaneo
Intraoral**



Envío digital

- STL
- OBJ
- PLY
- Análisis de Bolton



DENTALBEAM
RADIOGRAFÍA SEGURA



81 4175 1219

81 2008 4744

dentalbeamradiografia@gmail.com

dentalbeam.mty

Ubicación



Plaza Paseo La Rioja, Local 317.

Carretera Nacional #5000 La Rioja, Mty. N.L. C.P. 64985.

Paquetes

- Básico** Panorámica y lateral de cráneo
- Ortodoncia** Panorámica, lateral y escaneo
- Senos paranasales** Lateral y frontal
- Cirugía** Panorámica, escaneo, tomografía *conebeam* pre y post quirúrgica.
- Periodoncia** Panorámica y serie periapical con medición de nivel óseo digital.

Indicaciones para tu estudio radiológico

Por favor, antes de pasar a tu estudio radiográfico, retira:



• Aretes

Si es niña, retirar los aretes en casa



• Lentes



• Prótesis removibles



• Gorras



• Collares

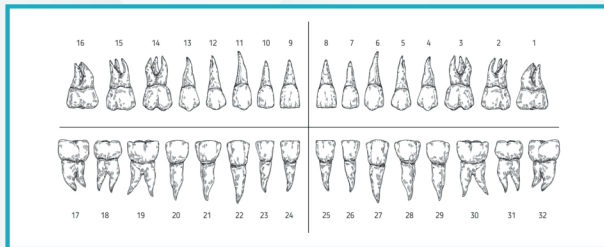


• Piercings



• Pinzas para el cabello o diademas

Indique la zona de interés en el diagrama



Observaciones adicionales

Consentimiento

Doy consentimiento para realizar el estudio.

Firma del paciente