

Paciente

Nombre _____
 Fecha de nacimiento ____/____/____ Teléfono _____

Fecha de solicitud

Día/Mes/Año

____/____/____



DENTALBEAM
 RADIOGRAFIA SEGURA

Dr(a).

Nombre _____ Teléfono _____
 Email _____

Radiografías digitales 2D



☐ Panorámica



☐ Lateral de cráneo ☐ Full lateral

☐ Steiner ☐ Ricketts ☐ Jarabak ☐ McNamara
☐ Otro _____



☐ PA ☐ AP



☐ Senos paranasales ☐ Lateral ☐ PA



☐ SMW ☐ Water's View

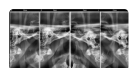


☐ Serie periapical 16 tomas ☐ Periapical

Especificar diente _____



☐ Carpal ☐ Izquierda ☐ Derecha

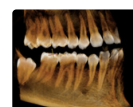


☐ ATM ☐ Lateral ☐ Abierta ☐ Cerrada
☐ PA ☐ Abierta ☐ Cerrada

Tomografías Conebeam



☐ 16 x 9
 Anatómica



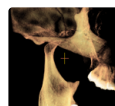
☐ Derecha sup / inf
☐ Izquierda sup / inf
☐ Centro sup / inf

☐ 8 x 9 / 2 cuadrantes



☐ Superior derecho
☐ Superior izquierdo
☐ Inferior derecho
☐ Inferior izquierdo
☐ Centro superior
☐ Centro inferior

☐ 8 x 5 / 1 cuadrante



☐ Derecha Abierta ☐ Cerrada
☐ Izquierda Abierta ☐ Cerrada

☐ 8 x 9 / ATM

Escaneo Intraoral



Envío Digital

☐ STL ☐ PLY
☐ OBJ ☐ Análisis de Bolton

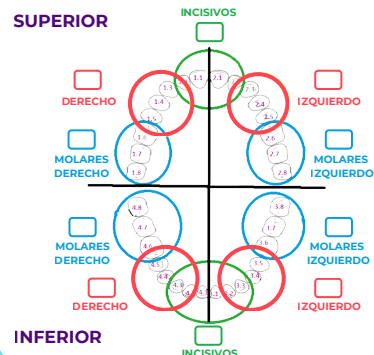
☐ 12 x 9
 Macizo facial



Especificar diente
 (Abarca de 2 a 4 dientes)



☐ 5 x 5 / Endodoncia



ENTREGA RÁPIDA

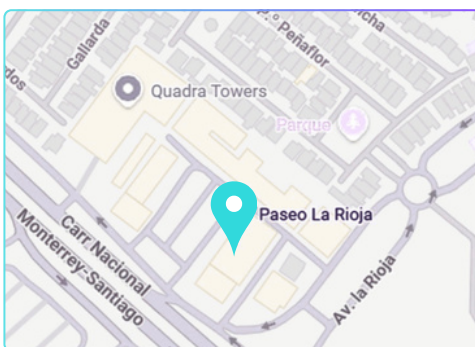


Por envío digital



Escanear nuestros QRs para conocer más sobre nosotros y ubicación

Ubicación



Plaza Paseo La Rioja, Local 317
Carretera Nacional #5000 La Rioja.
Monterrey, N.L. C.P. 64985

81 4175 1219 81 2008 4744 dentalbeamradiografia@gmail.com dentalbeam.mty

Paquetes

Básico

Panorámica y lateral de cráneo

Ortodoncia

Panorámica, lateral de cráneo 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 previas para tu estudio



Joyería

(aretes, collares, piercings)

Retirar todos los objetos metálicos para interferencias en las imágenes.



Accesorios

(Gorra, lentes, pinzas o broches para el cabello, diademas, extensiones de cabello)

Retirar cualquier accesorio que pueda interferir con el estudio radiográfico.

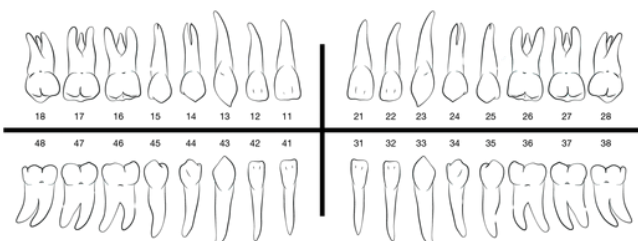


Aparatología removable

(Prótesis removible dentales, retenedores dentales)

Retirar aparatología removible antes de la radiografía.

Indique la zona de interés



Observaciones adicionales

Consentimiento

Doy mi consentimiento para realizar el estudio

 Firma del paciente