

TOMOMAX

Centro de diagnóstico radiográfico y
tomográfico maxilofacial

Av. Alfredo Mendiola 2109
(3er. Piso) - Los Olivos / Fte. al C.C. Plaza Norte

Horario: L-V: 9:00 am - 1:00pm / 2:30 - 8:00pm
Sábado 9:00 am - 2:00pm. / 3.30pm - 6:00 pm



WWW.TOMOMAX.COM

Síguenos como:
Tomomax.RadiologiayTomografiaDental



987 664 474

DATOS DEL PACIENTE:

Nombres y Apellidos: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ DNI/C.E _____

Celular: _____ E-mail: _____

SOLICITADO POR:

Dr(a). _____ COP: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Nota: en caso se encuentre en gestación consultar con su doctor tratante.

¿CUALES EL MOTIVO DEL ESTUDIO SOLICITADO/ ALGÚN ASPECTO CLÍNICO PARA EL ESTUDIO DE SU PACIENTE?

1. RADIOGRAFÍA INTRAORAL

SERIADA		OCCLUSAL 3D		BITEWING	Der.	Izq.
Seriada 1 (14 pp+ 4bw)	☐	Superior	☐	Molares	☐	☐
Seriada 2 (14 pp +4 bw + px)	☐	Inferior	☐	Premolares	☐	☐

1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
								6.1	6.2	6.3	6.4	6.5			
								7.1	7.2	7.3	7.4	7.5			
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8

2. RADIOGRAFÍA EXTRAORALES DIGITALES

Panorámica (archivo digital)	☐	Anteroposterior	☐
Panorámica (archivo digital+ impresión)	☐	Posteroanterior	☐
Panorámica completa (panorámica + 2 Bw + 2Pp)	☐	ATM (boca abierta /cerrada)	☐
Cefalométrica lateral	☐	Senos maxilares	☐
Otros/Informe:	☐	Senos Paranasales	☐

Carpal (edad ósea)

Fishman ☐ Tw-2 ☐

ANÁLISIS CEFALOMÉTRICOS

Rickets	☐	Tejidos blandos	☐	Rocabado	☐	Mc. Namara	☐	Bjork-Jarabak	☐
Steiner	☐	UPCH	☐	Vto. Crecimiento	☐	Jarabak	☐	Análisis de Tweed-Merrifield	☐
Burstone-Legan	☐	U.S.P	☐	Downs	☐	Schwars	☐	Tweed	☐
Petrovic	☐	Otros:							

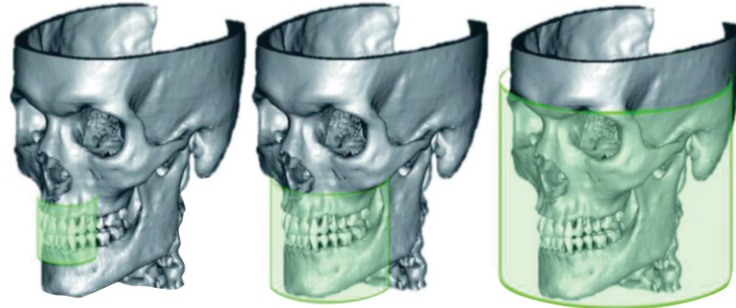
ANÁLISIS POSTEROANTERIOR

Ricketts Frontal ☐

FOTOGRAFÍA DIGITAL

Intraorales ☐ Extraorales ☐ Otras especifique:

3. TOMOGRAFÍA CONE BEAM 3D



PLANMECA®
digital perfection

Campo Pequeño	Campo Mediando	Campo Grande
Endodoncia	Área Patológica (Zona)	Macizo Facial
Fractura radicular	Implantes	ATM Boca abierta Boca Cerrada
Anatomía endodóntica	Localización del diente	Senos Maxilares
Otro especifique:		Ortodoncia

Implantes / Endodoncia

1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8

MUY IMPORTANTE: es enviado con guías? SI () NO ()

Sin informe ☐ Con informe ☐

4. PAQUETES ORTODÓNTICOS

PAQUETE ORTODÓNTICO A

Panorámica, cefalométrica, 1 estudio cefalométrico, fotos extraorales e intraorales

PAQUETE ORTODÓNTICO B

Panorámica, cefalométrica, 1 estudio cefalométrico, fotos extraorales e intraorales, modelo de estudio

PAQUETE PEDIÁTRICO

Panorámica, cefalométrica, 1 estudio cefalométrico, Radiografía carpal con análisis, Periapical antero superior e inferior, fotos extraorales e intraorales)

Algún análisis o Rx adicional a su paquete Ortodóntico, especifique:.....

5. GUÍA QUIRÚRGICA (IMPLANTES-CIRUGÍA MAXILOFACIAL)

Diseño ☐

Impresión ☐

“*Recuerda que el éxito de un tratamiento, comienza con un buen diagnóstico.*”



TOMOMAX
Centro de diagnóstico radiográfico y
tomográfico maxilofacial

¡Reserva tu cita!

987 664 474



Recuerda: Usemos radiografía impresas sólo si es necesario. En nosotros está cuidar el medio ambiente.
Usa únicamente en formato digital