

DENTOIMAX
RADIOLOGIA Y TOMOGRAFIA
DE GRUPO JOMPA



AGENDAR CITA

Paciente: _____

Edad: _____

Fecha de nac.: _____

Tel.: _____

Dr.(a): _____

Tel.: _____

e-mail Dr.: _____

ESTUDIOS DE ORTODONCIA COMPLETO

- Fotografía Clínica intraoral y extraoral
- Panorámica
- Lateral de Cráneo
- Modelos de Estudio Digital
- Cefalomatría incluye un trazo

RADIOGRAFÍAS

- ○ Panorámica
- ○ Lateral de Cráneo
- ○ Postero anterior
- ○ Antero posterior
- ○ Panorámica de senos maxilares
- ○ ATM Lateral de boca abierta y cerrada
- ○ Carpal mano
- ○ Waters
- ○ Townes
- ○ SMV (basal)

Domicilio:

Poliplaza, local No. 20 (planta alta)
Calle Gob. Medina Ascencio,
Arandas, Jal.

correo: dentoimaxplaza@gmail.com

Tel. 348-783-1331 Cel. 331-789-5001

Lunes a viernes: 10:00 a.m. a 2:00 p.m.
y 4:00 a 8:00 p.m.

Sábados: 10:00 a.m. a 2:00 p.m.

CEFALOMETRÍA

- ○ Ricketts (Alexander)
- ○ Steiner
- ○ Mc Namara
- ○ Mc Laughlin
- ○ Tweed
- ○ Downs
- ○ Otros

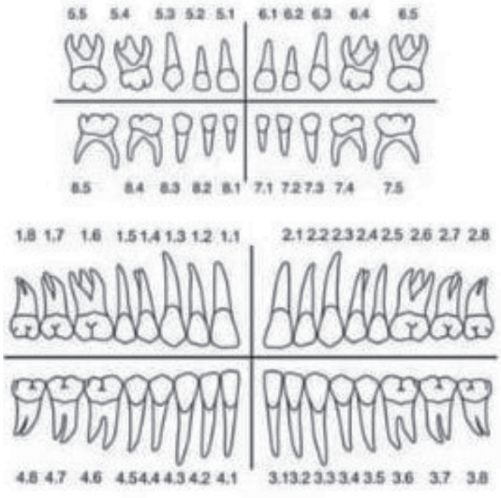
MODELOS IMPRESOS 3D

- ○ Modelos Impresos en Resina 3D

ESCANEO INTRAORAL

- ○ Escaneo Intraoral





Por favor encierre el área de interés

- ○ Superior
- ○ Inferior



TOMOGRAFÍA

- ○ Tomografía Ortodoncia
- ○ Tomografía Senos Paranasales
- ○ Tomografía Dientes Impactados
- ○ Tomografía Vías Aéreas
- ○ Tomografía Cirugía/Patología

Tomografía ATM

- ○ Oclusión ○ Reposo ○ Apertura

- ○ Tomografía para Implantes (5x5 - 8x5 - 8x8 - 12x9)
- ○ Tomografía para Endodoncia (5x5)

INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE

1. Previa cita.
2. Asistir con la boca limpia
3. Presentarse con frente y oídos descubiertos
4. Asistir sin objetos de metal del cuello hacia arriba (aretes, cadenas, prótesis removibles, pasadores, etc...)
5. Si existe la posibilidad de que se encuentre embarazada, solicite autorización de su médico antes de tomarse una radiografía e informarle a la persona que se la va a tomar

Ratifico que no estoy embarazada o que ya tengo autorización y que conozco el aviso de privacidad

_____

Firma de enterada

Croquis

