RADIOŁOGÍA DIGITAL • TOMOGRAFÍA VOLUMÉTRICA • CEFALOMETRÍA COMPUTARIZADA • CAD CAM



PACIENTE:	EDAD:
FECHA DE NACIMIENTO:TELÉFONO:	SEXO: M F
PRESUNCIÓN DIAGNÓSTICA:	
REFERIDO POR:	
DIRECCIÓN:	TELÉFONO
E-MAIL:	
TOMOGRAFIA VOLUMÉTRICA 3D	Enviar: Correo
CON INFORME SIN INFO Campo Pequeño (10 x 10 / 12 x 10)	DRME]
	GUÍA SI NO 11 21 22 23 24 25 26 27 28 41 31 32 33 34 35 36 37 38
LOCALIZACIÓN DE DIENTE IMPACTADO O RETENIDO	
Campo Mediano (16 x 10)	
TOMOGRAFÍA 3D ATM BOCA ABIERTA - BOCA CERRADA SENOS MAXILARES	
Campo Grande (16 x 15)	
TOMOGRAFÍA 3D DE MACIZO FACIAL TOMOGRAFÍA 3D DE PARA ORTODONCIA OTROS	
RADIOLOGÍA INTRAORAL DIGITAL	
RADIOGRAFÍAS PERIAPICALES 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 D 55 54 53 52 51 61 62 63 64 65 85 84 83 82 81 71 72 73 74 75	RADIOGRAFÍA BITEWING MOLAR DERECHA PREMOLAR DERECHA PREMOLAR IZQUIERDA MOLAR IZQUIERDA
48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	RADIOGRAFÍA OCLUSAL

Av. Raymondi 592 - 2° plso Tingo Maria

RESULTACO EN LINEA ATENCIÓN: LUNES A VIERNES: 09:00 am - 08:00 pm / SÁBADO: 09:00 am - 5:00 pm /

www.cedidentdigital.com

MAXILAR SUPERIOR

MAXILAR INFERIOR

© 955 179 690

Serie Radiográfica (14 periapicales - 4 hitewings)

ATENCIÓN: LUNES A VIERNES: 09:00 am - 08:00 pm / SÁBADO: 09:00 am - 5:00 pm