



PERMISO
COFEPRIS
21 RX 27 004 078

ORDEN DE ESTUDIOS

PACIENTE: _____ EDAD: _____ AÑOS
FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ TELÉFONO: _____ FECHA DE ESTUDIO: ____/____/____
DOCTOR: _____ CED. PROF: _____ TELÉFONO: _____
DIRECCIÓN: _____ E-MAIL: _____

FORMATO DE RECEPCIÓN DE RADIOGRAFÍAS Y FOTOGRAFÍAS:

☐ IMPRESO ☐ E-MAIL (DOS OPCIONES MISMO COSTO)

RADIOGRAFÍAS

- ☐ Impresión Digital (Acetato) ☐ Impresión Digital (Papel Backlight Blanco)
- ☐ Rx Panorámica ☐ ATM Boca abierta y cerrada
- ☐ Rx Panorámica Arco Cuadrado (sin cóndilos) ☐ Perfilograma
- ☐ Rx Lateral de Cráneo con Tejidos Blandos ☐ Watters de Cráneo
- ☐ A-P de Cráneo ☐ Dígito-palmar (Carpal)
- ☐ P-A de Cráneo ☐ Otros: _____
- ☐ Senos paranasales (3 proyecciones)

ESTUDIOS ORTODÓNTICOS

☐ Básico

- Rx Panorámica - Fotografía Clínica
- Rx Lateral de Cráneo
- Modelos de Estudio en resina o yeso

☐ Básico Digital (sin impresiones)

- Fotografía Clínica Digital Intraoral y Extraoral - Rx Lateral de cráneo
- Rx Panorámica - 1 Análisis a elegir

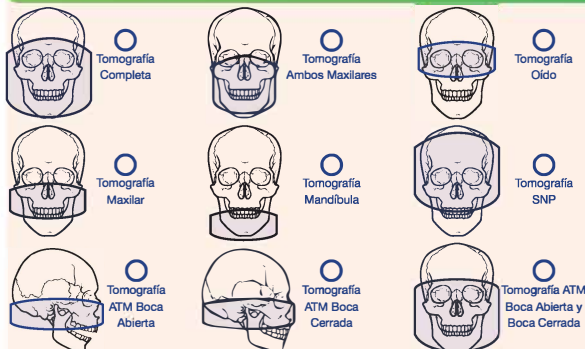
☐ 3D (con tomografía)

- Rx Panorámica 3D - Modelos de Estudio en resina o yeso
- Rx Lateral de cráneo - Tomografía Completa para Ortodoncia
- Fotografía Clínica Digital Intraoral y Extraoral
- Análisis Cefalométrico

☐ Digital con escaneo (sin impresiones)

- Fotografía Clínica Digital Intraoral y Extraoral - Rx Lateral de Cráneo
- Escaneo Intraoral - Archivo STL
- Rx Panorámica - Análisis a elegir

TOMOGRAFÍA 3D



☐ ONDEMAND

☐ DICOM

5X5 ENDODONCIA

PIEZA: _____

IMPLANTE No. _____

DIENTE RETENIDO: _____

OTROS: _____

RADIOGRAFÍAS INTRAORALES

- ☐ Radiografía Oclusal ☐ Superior ☐ Inferior
- ☐ Serie Periapical Completa
- ☐ Radiografía Individual Periapical

D 18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28 I
55 54 53 52 51	61 62 63 64 65
85 84 83 82 81	71 72 73 74 75
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38

☐ Conductometría

FOTOGRAFÍA CLÍNICA INTRAORAL Y EXTRAORAL

ANÁLISIS

- ☐ Rickets ☐ Downs ☐ Steiner
- ☐ McNamara ☐ Jaraback ☐ Análisis de Moyers
- ☐ Análisis de Bolton Computarizado ☐ Otros: _____

MODELO DE ESTUDIO

- ☐ RESINA ☐ 3D EN RESINA (INCLUYE ARCHIVO STL) ☐ YESO
- ☐ VIRTUAL (INCLUYE ARCHIVO STL) ☐ GUÍA QUIRÚRGICA
- PIEZA: _____

ESCaneo INTRAORAL

ESPECIFICAR TIPO DE ARCHIVO Y PROVEEDOR

- ☐ STL ☐ INVISALIGN ☐ PLANEACIÓN
- ☐ OBJ ☐ SMILE CLUB
- ☐ PLY ☐ Otros: _____

ESTEREOLITOGRAFÍA

MAXILAR

- ☐ Superior ☐ Inferior ☐ Ambos
- ☐ Otros: _____

INTERPRETACIÓN ODONTOLÓGICA

OTROS: _____

ESTUDIOS ORTODÓNTICOS, TOMOGRAFÍAS,
ESCANEOS Y FOTOGRAFÍAS PREVIA CITA

Firma del Doctor _____

* En Sucursal Cárdenas se realizan únicamente los servicios sombreados con azul.
Sucursal Comalcalco se realizan servicios sombreados con azul y sombreados con naranja.
Sucursal Villahermosa cuenta con todos los servicios.