

PACIENTE

Nombre: _____

DNI: _____ Teléf: _____ Correo: _____

Diagnóstico: _____

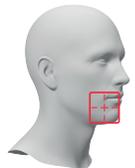
SOLICITANTE

Nombre: _____ Teléf: _____

TOMOGRAFÍAS 3D

- C/INFORME Y PANO SOLO WETRANSFER (S/INFORME)
 S/INFORME Y PANO SOLO USB (S/INFORME)

D	1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	I	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

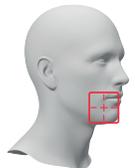


CAMPO PEQUEÑO

- Endodoncia } N° Piezas: _____
 Fractura Radicular } N° Piezas: _____

CAMPO GRANDE

- Senos Maxilares
 Ortognática
 Ortodoncia
 ATM (BA + BC)
 Patología Oral



CAMPO MEDIANO

- Localización } N° Piezas: _____
de Diente Impactado
 Implantes } N° Cortes: _____
 Patología Oral

OTROS

NUESTRAS SEDES Y CONTACTO

▶ **JESÚS MARÍA**
Av. Arenales 630
(+51) 963 685 063 | (01) 431 7000

▶ **LOS OLIVOS**
Av. Las Palmeras 3888, 2do piso
(+51) 963 677 042 | (01) 713 0675

▶ **CALLAO**
Av. E. Faucett 1789
(+51) 981 284 047 | (01) 680 3302

▶ **PUEBLO LIBRE**
Av. La Marina 1602, 2do piso
(+51) 963 678 505 | (01) 680 8086

▶ **CHORRILLOS**
Av. Defensores del Morro, 660 2do. Piso
(+51) 981 321 172 | (01) 680 3303

▶ **VILLA EL SALVADOR**
Sector 2 Grupo 14, Mz F Lote 18
(+51) 963 689 812 | (01) 267 5965

▶ **S. J. LURIGANCHO**
Av. Próceres de la Independencia 1724
(+51) 985 266 451 | (01) 387 4207

▶ **ATE**
Urb. Villa Vitarte Mz A. Lote #18
SubLote #03
(+51) 922 539 593 | (01) 351 6295

RX INTRAORALES

FÍSICO DIGITAL

D	1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1
	4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1

2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8

D	5.5	5.4	5.3	5.2	5.1
	8.5	8.4	8.3	8.2	8.1

6.1	6.2	6.3	6.4	6.5
7.1	7.2	7.3	7.4	7.5

Bitewing:

- Morales
 Premolares

Oclusal:

- Superiores Seriada
 Inferior Fotografía Intraoral
 Periapical

RX EXTRAORALES

FÍSICO DIGITAL

- Radiografía Panorámica Radiografía Posterior Anterior (Frontal)
 Radiografía Cefalométrica Estudio ATM (Boca Abierta y Cerrada)
 Radiografía Carpal (Edad Ósea) Fotografía Extraoral

PAQUETES ORTODÓNCICOS

FN: _____ FÍSICO DIGITAL

- Paquete Ortodóncico A** **Paquete Ortodóncico B** **Paquete Ortodóncico C**
- (RX panorámica, cefalométrica, 2 estudios cefalométricos, fotos extra e intraoral) (RX panorámica, cefalométrica, 1 estudio cefalométrico, fotos extraorales) (RX cefalométrica, 2 estudios cefalométricos, fotos extraorales)

ANÁLISIS CEFALOMÉTRICOS

FÍSICO DIGITAL

- Ricketts Mc Namara Bjork Rot-h-Jarabak
 Schwartz Tweed U.S.P. Tejidos Blancos
 Steiner Downs
- Otros: _____

GUÍA QUIRÚRGICA

- Paquete Q x 1 (Escaneo, tomografía 3D, planificación, diseño, impresión)
 Paquete Q x 2 (Planificación, diseño, impresión)
 Impresión de Guía Quirúrgica

ESCANEO INTRAORAL

Para guías quirúrgicas y alineadores invisibles (Sólo en la sede Jesús María)

PERFIL PRE OPERATORIO ODONTOLÓGICO

Hemoglobina – hematocrito, hemograma completo, tiempo de coagulación y sangría, conteo de plaquetas, creatinina, glucosa basal.

(Sólo en sedes de: Jesús María, S.J. Lurigancho, Los Olivos, Villa El Salvador, ATE.)



LABORATORIO DENTAL DIGITAL

(01) 680 2500 opción 2
985 305 060