VILCOR
Centro de Imágenes Odontológicas

Fecha: ___/___/___

Paciente: _____ **Edad:** _____

Teléfono: _____ **Fecha Nac:** ___/___/___ **Sexo:** _____

Motivo de Consulta: _____

PROTOCOLOS DE ESTUDIO ORTODÓNCICO

◯ **PAQUETE BÁSICO**
Panorámica + Tele Rx Lateral + 2 Estudios Cefalométricos + Fotos extraorales

◯ **PAQUETE COMPLETO**
Panorámica + Tele Rx Lateral + 2 Estudios Cefalométricos + Fotos Extraorales + Fotos Intraorales

ANÁLISIS CEFALOMÉTRICOS

◯ Ricketts ◯ Ricketts resumido ◯ U.C.S.U.R. ◯ Steiner
◯ U.S.P. ◯ Mc Namara ◯ Tweed-Merrifield ◯ Tweed
◯ U.P.C.H. ◯ Jarabak ◯ Bjork ◯ Roth-Jarabak
◯ Burston-Legan ◯ C.D.O. ◯ Medidas en VTO ◯ I.N.S.N.
◯ Otro: _____

EXÁMENES RADIOGRÁFICOS

◯ Panorámica sola ◯ Panorámica especial (en oclusión máxima) ◯ ATM (B. abierta/B.cerrada)
◯ Lateral sin análisis ◯ Lateral con análisis (indicar 2 estudios)
◯ Frontal (post anterior) Sin análisis ◯ Frontal (post anterior) Con análisis ◯ Carpal
◯ Otro: _____

Av. De Las Artes Norte 364, 4to Piso - San Borja 971 415 876

TOMOGRAFÍA CONE BEAM

◯ Romexis (solo USB) ◯ CS Imaging
☐ Con Informe ☐ Solo USB
☐ **Tomografía sola** ☐ **+ Panorámica**
☐ Implantes en maxilar ☐ Implantes en mandíbula ☐ 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

Paciente trae guía: ☐ Sí ☐ No

◯ Localización de pieza dentaria: _____
◯ Evaluación de área: _____
ESPECIFICACIONES: _____
_____

SERVICIOS ADICIONALES

◯ **DIGITALIZACIÓN DE MODELOS**
◯ 1 MAXILAR ◯ 2 MAXILARES
◯ **ESCANEADO INTRAORAL**
◯ **SERVICIO DE CORTES PARA IMPLANTES DENTALES**

Dr.(a) ref: _____ **COP:** _____
E-mail: _____ **Teléfono:** _____

HORARIO DE ATENCIÓN

LUNES A VIERNES:	9:30 a.m.	ABIERTO	1 p.m.	CERRADO
	3 p.m.	ABIERTO	7 p.m.	
SÁBADOS:	9:30 a.m.	ABIERTO	1 p.m.	CERRADO
	2 p.m.	ABIERTO	6 p.m.	

971 415 876

Av. De Las Artes Norte 364, 4to Piso - San Borja
Nos encontramos a unas cuadras de La Rambla - San Borja, en el edificio LeRouge.