

**ESTUDIOS PARA ORTODONCIA**

**PAQUETE A:**

RX Panorámica, RX Lateral, RX Carpal, 9 fotos, modelo de estudio, cefalometría computarizada (3 o 4 métodos que usted indique en la orden) Análisis de modelos computarizados.

**PAQUETE B:**

RX Panorámica, RX Lateral, 9 fotos, modelo de estudio, cefalometría computarizada (3 o 4 métodos que usted indique en la orden) Análisis de modelos computarizados.

**PAQUETE C:**

RX Panorámica, RX Lateral, 9 fotos, cefalometría computarizada (3 métodos que usted indique en la orden).

**PAQUETE D:**

RX Panorámica, RX Lateral, modelo de estudio.

**PAQUETE E:**

RX Panorámica, RX Lateral, cefalometría computarizada (3 métodos que usted indique en la orden).

**MARCAR METODO CEFALOMÉTRICO**

- |                                      |                                      |  |  |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Libre       | <input type="checkbox"/> Ricketts    | <input type="checkbox"/> Apnea del Sueño | <input type="checkbox"/> Tip-Edge        |
| <input type="checkbox"/> Adenoides   | <input type="checkbox"/> Sassouni    | <input type="checkbox"/> Bjork-Jarabak   | <input type="checkbox"/> TP Orthodontics |
| <input type="checkbox"/> Bimler      | <input type="checkbox"/> Schwarz     | <input type="checkbox"/> I.B.E.O.        | <input type="checkbox"/> Valieri         |
| <input type="checkbox"/> Delmanto    | <input type="checkbox"/> Steiner     | <input type="checkbox"/> M.C.            | <input type="checkbox"/> Bjork-Jar (ARG) |
| <input type="checkbox"/> Downs       | <input type="checkbox"/> Trevisi     | <input type="checkbox"/> M.A.            | <input type="checkbox"/> McNamara (ARG)  |
| <input type="checkbox"/> Erupción 3M | <input type="checkbox"/> Tweed       | <input type="checkbox"/> Maciel          | <input type="checkbox"/> Steiner-T (ARG) |
| <input type="checkbox"/> Jarabak     | <input type="checkbox"/> Unicamp     | <input type="checkbox"/> Olmos           | <input type="checkbox"/> Swing           |
| <input type="checkbox"/> McNamara    | <input type="checkbox"/> USP         | <input type="checkbox"/> ORTHOMAX        | <input type="checkbox"/> Secuenciado     |
| <input type="checkbox"/> Petrovic    | <input type="checkbox"/> USP-Unicamp | <input type="checkbox"/> Rocabado        | <input type="checkbox"/> Alexander       |
| <input type="checkbox"/> Profis      | <input type="checkbox"/> Alexander   |  |  |



**IMPRESIONES 3D (A PARTIR DE ARCHIVO STL)**

- Impresión 3D de Modelo de Trabajo
- Impresión de Modelo 3D para Ortodoncia
- Impresión de Guía 3D Parcial
- Impresión de Guía 3D Total
- Impresión de una Carrilla 3D

**TOMOGRAFÍA**

Las tomografías son realizadas en la Central de la Av. Suárez Arana # 231

- Toma 1.- extensión correspondiente a una pieza (solo informe impreso).
- Toma 2.- cuadrante 

1	2
4	3

 con (DVD).
- Toma 3.- 4 piezas anteriores superiores o inferiores con (DVD).
- Toma 4.- hemi arco derecho o izquierdo corte en ambas arcadas con (DVD).
- Toma 5.- arcada superior o inferior con (DVD).
- Toma 6.- arcada completa con (DVD).
- ATM boca cerrada
- Solo tomografía sin informe, cualquier toma menos el 25% (excepto la toma 1)

Marcar las piezas de interés en el recuadro

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

**INDICACIONES**



**GUIAS QUIRURGICAS**

- Para una pieza
- Para un hemi arco
- Para el sector anterior
- Para la arcada completa sup. o inf. desdentado parcial
- Para la arcada completa sup. o inf. desdentado total

**BIOMODELOS**

- Sector anterior
- Hemiarcada
- Arco superior
- Arco inferior

**CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES ROJAS**  
Radiografía Digital para diagnóstico Odontológico

**CENTRAL**



AV. SUÁREZ ARANA #231  
A MEDIA CUADRA DEL  
COLEGIO EMPRENDEDOR • Telf.: 3-356598



2do. ANILLO AV. EL TROMPILLO ESQ. CALLE TRISTAN ROCA  
FRENTE A LA IGLESIA FATIMA  
TELÉFONO: 3-596902



AV. 3 PASOS AL FRENTE #3235 ENTRE EL 3ER Y 4TO ANILLO TRES  
CUADRAS ANTES DEL 4TO ANILLO • TELF.: 3-645339

**HORARIO DE ATENCIÓN**

Lunes a Viernes: 8:30 a 12:30 am y 15:00 a 19:00 pm

Sábados: 8:30 a 12:30 am

**SOLO EN LA SUÁREZ ARANA HORARIO CONTINUO**

De 7:30 am a 20:00 pm de Lunes a Viernes

Sábado: 8:30 a 12:30 am

Paciente: .....

Fecha de Nacimiento: ..... Teléfono: .....

Motivo de RX: .....

Dr.(a): .....

Dirección: .....

E-mail: ..... Teléfono: .....

**RADIOGRAFÍAS DIGITALES**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Panorámica Estándar y Pediátrica          | <input type="checkbox"/> Postero-Anterior                |
| <input type="checkbox"/> Panorámica para implantes Tamaño Real 1:1 | <input type="checkbox"/> Waters (seno maxilares)         |
| <input type="checkbox"/> Teleradiografía Lateral                   | <input type="checkbox"/> Carpal                          |
| <input type="checkbox"/> Antero-Posterior (frontal)                | <input type="checkbox"/> ATM Boca Abierta y Boca Cerrada |

**RADIOGRAFÍA INTRA-ORALES**

- Periapical Seriada
- Periapical
- Oclusal Superior o Inferior

**MARCAR PIEZAS DE INTERES**

*Dentición Permanente*

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

*Dentición Decidua*

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75