

HORARIO:
Lunes a viernes 9:00 a.m. a 2:00 p.m.
y 4:00 p.m. a 7:00 p.m.
y sábados 9:00 a.m. a 2:00 p.m.

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: _____

Edad: _____ Fecha de Nac: _____

Tel: _____

ESTUDIO PARA ORTODONCIA COMPLETO

- ☐ Ortopantomografía, lateral de cráneo (con trazo) fotografía clínica intra y extra oral
- ☐ Modelos de estudio en zócalo de plástico (Dos días hábiles)
- ☐ Modelos de estudio de yeso.
- ☐ Modelos de estudio impresos 3D en resina

RADIOGRAFIAS

- ☐ Ortopantomografía (Panorámica)
- ☐ Lateral de cráneo sin trazo
- ☐ Lateral de cráneo con trazo
- ☐ P.A. de cráneo
- ☐ Carpal
- ☐ Waters
- ☐ SMV
- ☐ ATM

ESTUDIO PARA ORTODONCIA PARCIAL

- ☐ Ortopantomografía, lateral de cráneo (con trazo) fotografía clínica en papel

OPCIONES DE TRAZO CEFALOMÉTRICO

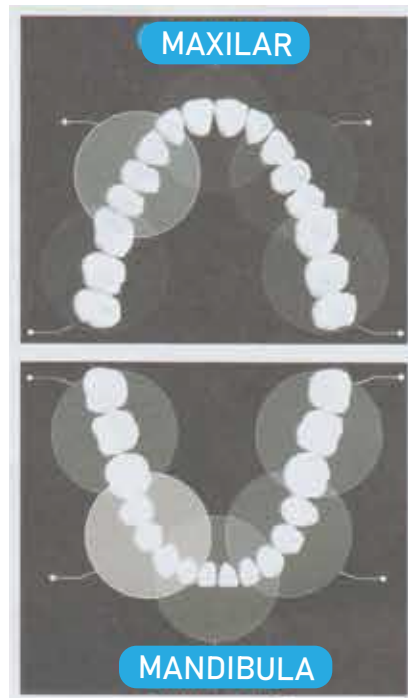
- ☐ Ricketts
- ☐ Downs
- ☐ Tweed
- ☐ Ricketts comprimido
- ☐ Jarabak
- ☐ Steiner

OTROS

- ☐ Modelos de estudio en yeso
- ☐ Modelos de estudio en zócalo de plástico (dos días hábiles)
- ☐ Escaneo intraoral en 3D ambos maxilares
- ☐ Modelos de trabajo sin zócalo
- ☐ Modelos de estudio impresos 3D en resina
- ☐ Escaneo de modelos (Archivo STL)

PAQUETES

- ☐ Estudio completo de ortodoncia y tomografía ambos maxilares
- ☐ Estudio completo de ortodoncia y tomografía ATM bilateral boca abierta y cerrada comparativa
- ☐ Estudio parcial de ortodoncia y tomografía ambos maxilares
- ☐ Estudio parcial de ortodoncia y tomografía ATM bilateral boca abierta y cerrada comparativa



TOMOGRAFÍA CONE BEAM (MATRIZ CD. DEL VALLE)

- ☐ Tomografía ambos maxilares
- ☐ Tomografía maxilar
- ☐ Tomografía mandíbula
- ☐ Tomografía multiple (una 12 x 8.5 y dos 4x4 señalar zona de interés)
- ☐ Tomografía endo 4x4 (señalar zona de interés)
- ☐ Tomografía ATM Bilateral boca abierta - boca cerrada comparativa
- ☐ Tomografía 12x4
- ☐ Panorámica Insight (Cd con visor)

TOMOGRAFÍA CONE BEAM (SUCURSAL ALLENDE)

- ☐ Tomografía ambos maxilares
- ☐ Tomografía endo 5x5 (señalar zona de interes)
- ☐ Panorámica Insight (Cd con visor)

Dr. (a). _____

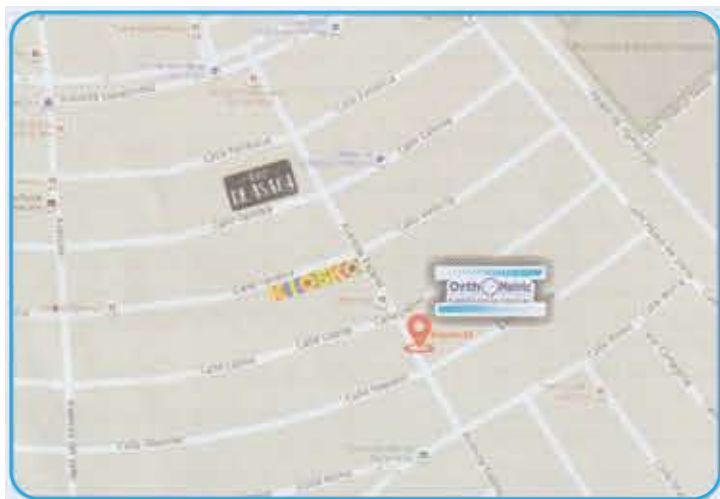
Firma _____

Tel.: _____

email: _____

Céd. Prof.: _____

OBSERVACIONES _____



Matriz

España #56, 2do piso Fracc. Ciudad del Valle
Tepic, Nayarit, C.P. 63157
Tel. 311-181-24-94 Cel. 311-247-31-35
E-mail: orthometric.zm@gmail.com

Sucursal

Av. Allende #292 Pte. Planta Baja Col. Centro
Tepic, Nayarit. C.P. 63000
Tel. 311-275-79-25 Cel. 311-230-65-74
E-mail: orthometric.zm@gmail.com

Estacionamiento Gratis Sucursal Allende (1hr):

Estacionamiento Durango
Calle Durango Casi Esquina con Av. Allende
(Mostrando Su Nota De Pago Sellada)

Estacionamiento California
Calle Querétaro #27 Casi Esquina Con Av. Allende
(Mostrando Su Nota De Pago Sellada)

Indicaciones:

- 📌 Solicitar cita
- 📌 En fotografía clínica asistir con boca limpia
Presentarse con frente y oídos descubiertos y sin labial
- 📌 Asistir sin objetos metálicos del cuello hacia arriba
- 📌 En caso de embarazo, problemas tiroideos o de tener algún padecimiento en el que esté contraindicado la exposición a RX, traer autorización de su médico. De lo contrario queda bajo su responsabilidad el aceptar se le realicen los estudios indicados en esta orden.

📌 Entrega al paciente ☐

📌 Envío al consultorio ☐

📌 Enviar block de órdenes de servicio ☐

Firma de entrada (o)