Clase Molar del paciente ☐ CL I ☐ CLII Div 1 ☐ CLII Div 2 ☐ CLIII

☐ **PAQUETE DIAGNÓSTICO DE ORTODONCIA**
☐ **PAQUETE DIAGNÓSTICO DE ORTODONCIA DIGITAL**

Incluye: RX Panorámica, RX lateral, modelos de estudio, fotografía clínica y trazado cefalométrico. (el paquete digital no incluye impresión, los estudios se envían por el servicio en la nube al doctor)

Envío adicional
☐ Servicio en la nube ☐ E-mail _____

MODELOS DE ESTUDIO

☐ Zócalo plástico ☐ Recortados ☐ Steiner ☐ Ricketts

MODELOS DIGITALES

☐ Digital ☐ Impreso en Resina

FOTOGRAFÍA CLÍNICA

☐ Impresa ☐ CD

TRAZADO CEFALOMÉTRICO

☐ Ricketts ☐ Jarabak ☐ Frontal
☐ Steiner ☐ Análisis de modelos

ENTREGA DE PAQUETES

☐ Enviar al doctor ☐ Recoger en Sucursal

RADIOGRAFÍA EXTRAORAL

☐ Película Azul ☐ Digital

Envío adicional
☐ Servicio en la nube ☐ E-mail _____

☐ Panorámica
☐ ATM (Boca cerrada y abierta)
☐ Panorámica con magnificación 1.25
☐ Senos paranasales
☐ A-P craneal
☐ P-A craneal
☐ Lateral de cráneo
☐ Carpal
☐ Waters
☐ Cadwell
☐ Otro especificar: _____

☐ Panorámicas Especiales (consultar página web)

RADIOGRAFÍA INTRAORAL

TIPO
☐ Periapical
☐ Serie periapical

PRESENTACIÓN
☐ Película
☐ Digital

	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
Der.	E D C B A	A B C D E Izq.
	E D C B A	A B C D E
	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8

Interproximales ☐ Izq. ☐ Der. ☐ Anterior

Oclusal (sólo película) ☐ Superior ☐ Inferior

TOMOGRAFÍA VOLUMÉTRICA 3D

Tamaño de imagen: ☐ 8x8 cm ☐ 5x5.5 cm

Si es tamaño de 5x5.5cm favor de marcar con un círculo el área de interés

ATM: Ambas ☐ Derecha ☐ Izquierda ☐ Reposo ☐ Apertura ☐ Oclusión ☐

Senos maxilares ☐ Interpretación por medico radiólogo ☐

Servicio 3D únicamente en Ejército Republicano

Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Tel.: _____

Doctor (a): _____ Tel.: _____

e-mail: _____

Observaciones: _____

Firma del Doctor

Previa Cita

INDICACIONES AL PACIENTE

- Presentarse con frente y orejas descubiertas.
- **Radiografías:** Sin objetos metálicos en el cuello y cabeza.
- Si existe la posibilidad de que se encuentre **embarazada,** solicite autorización de su médico antes de tomarse una radiografía e informarle a la persona que se la va a tomar.
- **Modelos de Estudio:** No ingerir alimentos 2 Hrs. antes de su cita.
- No se conservan estudios por más de 30 días después de la fecha de entrega.
- El pago total del estudio se hace el día de la cita.

* Es necesario presentar esta orden de trabajo para agilizar el tiempo de atención.

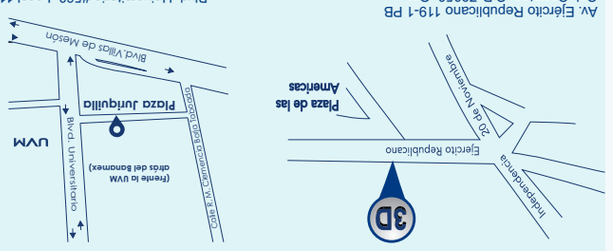
Agradecemos su puntual asistencia

Aceptamos Tarjetas de Crédito y de Débito

HORARIO EJÉRCITO
Lunes a Viernes 9 a 20 Hrs.
Sábado de 9 a 14 Hrs.

HORARIO JURIQUILLA
Lunes a Viernes 10 a 19 Hrs.
Sábado de 10 a 13 Hrs.

Descargue sus órdenes y consulte nuestras promociones
www.dicorsa.com.mx



Av. Ejército Republicano 119-1 PB
Col. Carretas, C.P. 76050, Qro.
(442) 213 6121, 213 6601
y (442) 629 4393
(442) 110 1540

Dicorsa

Blvd. Universitario #560, Local 114
Plaza Juriquilla, Col. Junca Acueducto,
Querétaro, Qro. C.P. 76 230
(442) 673 3414 (442) 111 49 51

"Porque un buen diagnóstico hace la diferencia..."

DICORSA®
Diagnóstico Computarizado en Odontología