



CENTRO DE RADIODIAGNÓSTICO MAXILOFACIAL ESPECIALIZADO EN RADIOLOGÍA ESTOMATOLÓGICA

Dr. Manuel Esquivel Aldave
Especialista en Radiología Oral y Maxilofacial

Imágenes Digitales

PACIENTE:

EDAD:

FECHA DE NACIMIENTO: / / DNI:

TELF:

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

RADIOGRAFÍAS EXTRABUCALES

- PANORÁMICA
- LATERAL Ó PERFIL
- POSTERIOR Ó ANTERIOR DE CRÁNEO
- WATERS Ó SENO MAXILAR
- PROYECCIÓN TOWNE
- SUB.MENTO VERTEX Ó ARCO CIGOMÁTICO
- A.T.M. EN RX PANORÁMICA BOCA CERRADA Y ABIERTA DER. IZQ.
- CARPAL CON ANÁLISIS DE: BJORK FISHMAN
- SIALOGRAFÍA DE GLÁNDULAS PAROTIDA O SUBMAXILAR
- TOMOGRAFÍA CONE BEAM (3D) MARCAR EN ODONTOGRAMA

ANÁLISIS COMPUTARIZADO

- Rickets Lateral
- Rickets Frontal
- Steiner
- Jarabak
- I.S.N

- Mc. Namara
- Downs
- Tweed
- Roth Jarabak
- Vto. Crecimiento

① ② ③ ④ ⑤
Años

- Schwarz
- Indice de Vert
- Rocabado
- Bjork
- Otros:

DOCUMENTACIÓN ORTODONCICA

PACK A:

1 RX PANORÁMICA + 1 RX LATERAL
+ 1 ANÁLISIS CEFALOMÉTRICO COMPUTARIZADO (marcar análisis)

PACK B:

1 RX PANORÁMICA + 1 RX LATERAL + 8 FOTOGRAFÍAS CLÍNICAS
+ 2 ANÁLISIS CEFALOMÉTRICO COMPUTARIZADO + 1 CD (marcar análisis)

PACK C:

1 RX PANORÁMICA + 1 RX LATERAL + 1RX POSTERO ANTERIOR
+ 1 ANÁLISIS CEFALOMÉTRICO COMPUTARIZADO + 8 FOTOGRAFÍAS CLÍNICAS + 1 CD
(marcar análisis)



Av. Brasil 562 - Breña ☎ 332-4744 📞 971-424 -264
Atención: Lunes a Sábado de 8 a.m. a 1 p.m. / de 2 p.m. a 7 p.m.
E-mail: rx@ceramax.com.pe / www.ceramax.com.pe



FOTOGRAFÍA CLÍNICA

FOTOS EXTRA E INTRAORALES

RADIOGRAFÍAS INTRABUCALES

RADIOGRAFÍA PERIAPICAL

SERIADA (INCLUYE 14 PERIAPICALES Y 2 BITE WINGS)
PERIAPICALES (S) PZA. (S) Marcar Odontograma

D

1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1
		5.5	5.4	5.3	5.2	5.1	
		8.5	8.4	8.3	8.2	8.1	
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1

I

2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
6.1	6.2	6.3	6.4	6.5			
7.1	7.2	7.3	7.4	7.5			
3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8

RADIOGRAFÍA OCLUSAL

SUPERIOR
INFERIOR

RADIOGRAFÍA BITEWING

MOLAR DER.
PRE MOLAR DER.
MOLAR IZQ.
PRE MOLAR IZQ.

LOCALIZACIÓN DE PIEZA RETENIDA

PZA(S) MARCAR ODONTOGRAMA



SOLICITADO POR EL Dr.:

DIRECCIÓN:

E-MAIL:

FECHA:

TELF.: