

TOMOGRAFÍA CONE BEAM



- Tomografía completa (Ambos maxilares) ATM: Izquierda Derecha
 Maxilar superior Maxilar inferior Senos Paranasales
 FOV 5x5 (pequeño) Endodoncia alta resolución

Marque el diente o área de interés:

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

- Evaluar / localizar: Implante: _____ Con Cirugía guiada
 Fracturas Patología Diente retenido / supernumerario

Observaciones: _____

RADIOGRAFÍAS 2D

- Panorámica ATM x 4 BOCA ABIERTA / CERRADA
 Cefalométrica (Lateral de cráneo) Senos Paranasales
 Antero - Posterior de cráneo Carpal (Radiografía de mano)
 Postero - Anterior de cráneo Izquierda Derecha
 Aleta de mordida panorámica

Nombre del paciente: _____ Edad: _____

Dr. (a):

SELLO

E-mail: _____

Teléfono: _____
