

TOMOGRAFIA CONE BEAM



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

RADIOGRAFIAS 2D

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

Nombre del paciente: _____ Edad: _____

Dr. (a):

SELLO

E-mail: _____

Teléfono: _____
