

TOMOGRAFÍA 3D CONE BEAM

- Full Fov 21x19 incluye 5 reconstrucciones tomográficas 2D.
- Full Face 17x15 incluye 1 reconstrucción tomográfica 2D.
- Fov 12x9 maxilar y mandíbula en un solo campo.
- Fov 8x8 solo maxilar. Fov 8x8 solo mandíbula.

ATM

- ATM Fov 21x19 Máxima intercuspidadación Fov 17x11 Máxima apertura
- ATM Fov 17x15 Máxima intercuspidadación Fov 17x11 Máxima apertura
- ATM Fov 17x11 Máxima intercuspidadación Fov 17x11 Máxima apertura

IMPLANTOLOGÍA

- | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Maxilar. | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| <input type="checkbox"/> Mandíbula. | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

ENDODONCIA

- | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

PATOLOGÍA

- Zona patológica específica - Indicar regiones de interés:

OÍDO, NARIZ Y GARGANTA

- Fov **21x19** Vía respiratoria superior, senos paranasales y oído.
- Fov **17x15** Vía respiratoria superior, senos paranasales y oído.
- Fov 17x11 región **superior** de la cara: Nasofaringe, orofaringe, senos paranasales y oído.
- Fov 17x11 región **inferior** de la cara: Orofaringe, laringofaringe, senos maxilares y oído.

Observaciones: _____

- Estereolitografía 3D indicar región de interés.
- Superposición tomográfica 3D.
- Video de la tomografía 3D



Paciente: _____

Edad: _____

F. Nacimiento: _____

Tel: _____

Doctor (a): _____

Tel. Dr: _____

E-mail Dr: _____



DMI PACHUCA 2D-3D

Blvd. Everardo Márquez
No. 200 Primer Piso. Col. Ex-Hacienda de Coscotitlán Pachuca, Hidalgo.

☎ 771 489 4139

☎ 771 622 4616

📍 771 301 0670

HORARIO

Lunes a viernes: 9:00 - 20:00 hrs
Sábados: 9:00 - 15:00 hrs



DMI PLAZA MITIKA 2D

Plaza Mitika Blvd Santa Catarina No. 109,
local 22 Col Ex hacienda de Pitahayas

☎ 771 711 8294

☎ 771 711 8745

📍 771 116 4818

HORARIO

Lunes a viernes: 9:00 - 20:00 hrs
Sábados: 9:00 - 15:00 hrs



Atención, servicio a clientes y quejas WhatsApp: **771 342 3753**

PAQUETES ORTODONCIA

- Orto 1: Panorámica, cefalograma lateral, modelos de estudio recortados, fotografía clínica, 2 trazados, 1 VTO, expediente digital en CD.
- Orto 2: Panorámica, cefalograma lateral, modelos de estudio recortados, fotografía clínica, 2 trazados, expediente digital en CD.
- Orto 3: Panorámica, cefalograma lateral, modelos de estudio recortados, fotografía clínica, 1 trazado, expediente digital en CD.
- Orto 4: Panorámica, cefalograma lateral, modelos de estudio recortados, fotografía clínica, expediente digital en CD.

RADIOLOGÍA EXTRAORAL DIGITAL

- Hirtz.
- Carpal.
- Caldwell.
- P-A de Cráneo.
- A-P de Craneo.
- Panorámica.
- Cefalograma lateral. Con Vertical verdadera
- Comparativa de ATM.
- Waters con Inclinación Anterior.
- Waters con Inclinación Posterior.

RADIOLOGÍA INTRAORAL DIGITAL

- Serie periapical inferior
- Serie periapical superior.
- Serie periapical vertical.
- Serie periapical horizontal.
- Serie periapical completa adulto.
- Bite Wing.
- Oclusal inferior.
- Oclusal superior.
- Serie Bite Wing.
- Periapical de Od.

INDICAR ÓRGANO DENTAL

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

FOTOGRAFÍA CLÍNICA

- Juego de fotografía clínica para prostodoncia.
- Juego de fotografía clínica para ortodoncia.

ANÁLISIS CEFALOMÉTRICO Y DENTAL

Indicar cuales.

- _____
- _____

MODELOS

- Modelos de estudio recortados.
 - En caja plástica.
 - En caja de cartón.
- Modelos de trabajo. Superior. Inferior.

INDICACIONES ESPECIALES

- Estudios vía e-mail.
- Envío RX por WhatsApp.
- Expediente digital en CD.
- Interpretación radiográfica 2D.

RECOMENDACIONES

PREFERENTEMENTE SOLICITAR PREVIA CITA.

Preferentemente presentarse con orden elaborada.

El paciente no deberá de traer nada de metal en cabeza y cuello.

Para toma de fotografías, traer el cabello recogido con frente y orejas descubiertas.

Autorizo a DMI que tome los estudios indicados por mi Doctor en ésta orden de servicio. Nombre y firma: _____