



**Periapicales (Pp)**

D	1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
	4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8

D	5.5	5.4	5.3	5.2	5.1	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5
	8.5	8.4	8.3	8.2	8.1	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5

LOCALIZACIÓN/UBICACIÓN DE DIENTE IMPACTADO .....

**SERIADA**

SERIADA 1 (14 PP + 4BW)	SERIADA 2 (14 PP + 4BW + PX)
-------------------------	------------------------------

**Bitewing (Bw)**

- Molares (2)
- Premolares (2)

**Oclusal**

- Superior
- Inferior

**Panorámica (Px)**

**ATM**

**Panorámica (Px)**

- Px Sola
- Px Parcial 1 (Px+2Bw)
- Px Parcial 2 (Px+2PP)
- Px Parcial 3 (Px+1OCLUSAL)
- Px Completa 1 (Px+ 2PP+2Bw)
- Px Completa 2 (Px+4Bw)
- Px Completa 3 (Px+4PP)
- Px Completa 4 (Px+2OCLUSALES)

**Análisis Cefalométrico**

Sin análisis      Con análisis

- Ricketts
- Ricketts Resumido
- Downs
- I.S.N.
- U.C.SUR
- Steiner
- U.S.P
- Adenoides
- Mc. Namara
- Tweed
- U.P.C.H
- Rocabado
- Jarabak
- Bjork-Jarabak
- Roth-Jarabak
- Burstone-Legan
- C.D.O.
- Schwarz
- Análisis de Tweed-Merrifield
- Tejidos blandos
- Vto. Crecimiento
- Lateral estricta 7ma. vértebra

**Frontal / Postero Anterior**

- Sin análisis
- Con análisis (Ricketts Frontal)

**Exámenes Complementarios**

- Fotos extraorales
- Fotos intraorales

**Carpal ( Edad ósea)**

- Ringertz & Erklóf
- Fishman
- Tw- 2
- Sin análisis

**Documentación Ortodóntica Paquetes Ortodónticos**

- Orto1: Px + Lx C/análisis (Inc. 2 análisis + fotos extraorales)
- Orto2: Px + Lx C/análisis + fotos extraorales e intraorales (inc. 2 análisis)
- Orto3: Px + Lx S/análisis

**Tomografía Cone Beam 3D**

- Campo Amplio (San Isidro, Miraflores Jr. Junín, 15x16) (San Juan de Lurigancho 20x21)
- Campo Mediano (Todas las sedes 12X9 - Excepto San Juan de Lurigancho) (San Miguel 16X10)
- Campo Pequeño (San Isidro, Miraflores Junín San Miguel 10x10) (Miraflores Kennedy 8x8)
- Campo Reducido 5x5 (Miraflores Kenedy )

- Con análisis
- Sin análisis (solo CD)
- Sin análisis (solo USB)
- Senos Maxilares
- Localización de diente impactado.....
- Area Patológica (Zona).....
- Fractura radicular.....
- Otros / Obs. ....

**Implante/Endodoncia**

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

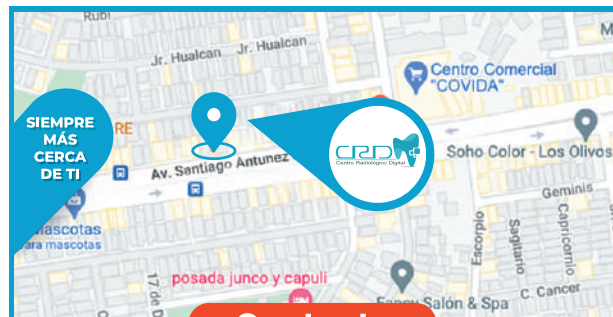
Guías quirúrgicas para implantes.....

MUY IMPORTANTE: ¿Paciente es enviado con guías? **SI NO**

¡VISÍTANOS EN NUESTRA SEDE!  
**LOS OLIVOS**

Estamos ubicados en:

Av. Antúnez de Mayolo 1290 Piso 2 Of 202  
Referencia: Altura "Cdra.13 Antúnez de Mayolo"



SIEMPRE  
MÁS  
CERCA  
DE TI

**Contacto**

983 779 616

(01) 682 3694

**Actualice sus Datos**

SOLICITE SUS ÓRDENES IMPRESAS: [www.centroradiologico.com.pe](http://www.centroradiologico.com.pe)

SOLICITADO POR Dr. / Dra. REFERENTE ..... C.O.P. N° .....

SOLICITADO POR LA INSTITUCIÓN ..... CODIGO N° .....

DIRECCIÓN .....

TELÉFONOS ..... CELULAR .....

EMAIL .....

**Horario de Atención:**  
Lunes a Viernes: 9am. a 8pm.  
Sábados: 9am. a 7pm.

Síguenos Como:  
  /centroradiologicodigital



**SOLICITUD RADIOLÓGICA**

Paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Carnet de Extranjería: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

- ¿Cuál es el motivo del estudio solicitado/algún aspecto clínico específico para el estudio de su paciente?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NOTA:** En caso se encuentre en gestación, consultar con su doctor.