



Encuentra el equipamiento ideal para tu practica dental:

Visita nuestra página web:

HTDENTSHOP.COM



Disfruta de la experiencia **CRD Cloud** al máximo, escaneando el código QR:



Visualiza y descarga tus imágenes con facilidad y estilo.

Panorámica (Px)

- Con Informe
- Sin Informe

Análisis Cefalométrico

- Con análisis
- Sin análisis

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

Frontal / Postero Anterior

- Sin análisis
- Con análisis (Ricketts Frontal)

Exámenes Complementaros

- Fotos extraorales
- Fotos intraorales

Carpal (Edad ósea)

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

Documentación Ortodóntica

Paquetes Ortodónticos

- Orto 1: Px + Lx C/análisis (Inc. 2 análisis + fotos extraorales)
- Orto 2: Px + Lx C/análisis + fotos extraorales e intraorales Inc. 2 análisis (Los Olivos, San Isidro)
- Orto 3: 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.....

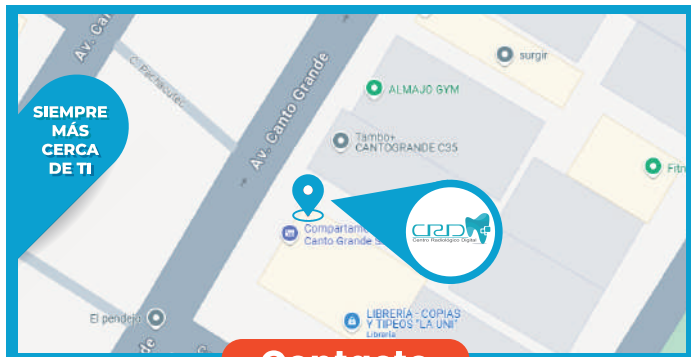
MUY IMPORTANTE: ¿Paciente es enviado con guías? **SI NO**

¡VISÍTANOS EN NUESTRA SEDE!

SAN JUAN DE LURIGANCHO

Estamos ubicados en:

Av. Canto Grande 3520, SJL
Referencia: Al costado de "Tambo"



SIEMPRE
MÁS
CERCA
DE TI

Contacto

997 891 535 | (01) 405 6888

Actualice sus Datos

SOLICITE SUS ÓRDENES IMPRESAS: 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.