



No.		
DÍA	MES	AÑO

Tel: 688 1222 y 685 3380 Ortho Imagen Radiología Dental
Ave. Madero #1627, Zona Centro (entre 8va y 9a), Tijuana, B.C.

R.F.C.: XXXX XXX XXXX CURP: XXXX XXX XXXX

Nombre de Paciente: _____

Nombre de Médico: _____

Dirección del Médico: _____ Tel: _____

ESTUDIOS

Estudios Generales

\$300.00 m.n.
C/U
Incluye CD

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Panorámica Estandar | <input type="radio"/> Proyección de Towne |
| <input type="radio"/> Panorámica SPN | <input type="radio"/> Submentovertex |
| <input type="radio"/> AP de Cráneo | <input type="radio"/> Dígito-Palmar (Carpal, Mano) |
| <input type="radio"/> Lateral cefalométrica | <input type="radio"/> Art. Tempo-Mandibular comparativa. |
| <input type="radio"/> Proyección de Waters | <input type="radio"/> Radiología Art. Tempo-mandibular Comparativa |
| <input type="radio"/> Proyección de Cadwell | |

Estudio Ortodóntico Completo.

\$750.00 m.n.
Por Estudio Completo

- A) Fotografías
- B) Rx Lateral de Cráneo
- C) Rx Panorámica
- D) Modelos dentales en yeso
- E) CD Estudio digitalizado completo
- F) Trazos cefalométricos computarizados

Otros

\$200.00 m.n.
C/U

- A) Modelos de trabajo
- B) fotografías

Panoramica Dental

Lateral Cefalométrica

Molde Dental

