

ORTODONCIA

Análisis en Rx Lateral

- | | | |
|---------------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ricketts | <input type="checkbox"/> Adenoides | <input type="checkbox"/> U.P.C. |
| <input type="checkbox"/> Steiner | <input type="checkbox"/> U.P.C.H. | <input type="checkbox"/> Rampal |
| <input type="checkbox"/> Tweed | <input type="checkbox"/> Vto. Crecimiento | <input type="checkbox"/> FACE |
| <input type="checkbox"/> Mc Namara | <input type="checkbox"/> Rocabado | <input type="checkbox"/> TRUJILLO |
| <input type="checkbox"/> Downs | <input type="checkbox"/> Burstone-Legan | |
| <input type="checkbox"/> Roth-Jarabak | <input type="checkbox"/> Bjork-Jarabak | |

Análisis en Rx Frontal

- Ricketts

Análisis en Rx Carpal

- Fishman TW-2

Fotografías

- Extraoral Intraoral

Sistemas Digitales



MODELOS DE ESTUDIO 3D

- Modelos Digitales con informe
 Modelos Digitales sin informe

ESCANEAMIENTO INTRAORAL DIGITAL

- Escaneo Intraoral
 Escaneo Intraoral con zócalo
 Escaneo Intraoral con informe
 Escaneo Intraoral iTero Invisalign (Sede IDM Surco)

ORTODONCIA INVISIBLE

- Protocolo de Diagnóstico para Alineadores
 Alineadores Invisibles 3D

clearcorrect
A Straumann Group Brand

- Protocolo Completo Protocolo Light
 Escaneo Intraoral

GUÍA QUIRÚRGICA

- Planificación Diseño Impresión

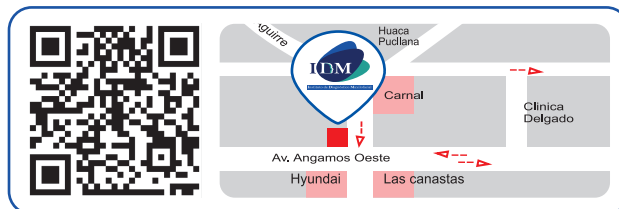
CIRUGÍA ORTOGNÁTICA

- Planificación Diseño Impresión Splints

ATM

- Análisis de Movimiento Mandibular (Jaw Motion)

NUESTRAS SEDES



IDM SEDE MIRAFLORES

📍 Calle Elías Aguirre 605, Of. 401
Centro Empresarial Angamos 600
MIRAFLORES

Tel.: (01) 284 2967 Cel.: (+51) 924 987 854



IDM SEDE SURCO

📍 Calle Los Tulipanes 147 Of. 404 - Urb. Monterrico
Centro Empresarial Blu Building
SURCO

Tel.: (01) 437 4709 Cel.: (+51) 948 500 573



IDM SEDE JESÚS MARÍA

📍 Av. Faustino Sánchez Carrión 615 Of.1006
Edificio Vértice 22
JESÚS MARÍA

Tel.: (01) 396 4199 Cel.: (+51) 977 533 348

Horario de atención

Lunes a Viernes: 8 am - 8 pm Sábado: 8 am - 6 pm

www.idmperu.com
informes@idmperu.com



Instituto de Diagnóstico Maxilofacial

Datos del Paciente:

Nombres y apellidos:

.....
.....

Edad: Sexo: F M

F. Nacimiento:

Motivo de consulta:

.....
Dirección:

D.N.I. C.E.

Distrito:

Teléfono:

Celular:

E-mail:



Datos del Solicitante:

Nombres y apellidos:

.....
.....

Especialidad:

C.O.P. N°:

Institución:

Dirección:

Distrito:

Teléfono:

Celular:

E-mail:

Estudios Computarizados



CON INFORME  **SÓLO USB**  **IDM CLOUD** online

Proface (Exclusivo Sistema de Fotografía 3D)

Tomografía Cone Beam (Incluye Panorámica)

Implantes Maxilar superior Endodancia
 Maxilar Inferior

• • • **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 **I**

Paciente trae guía: Sí No

• • •
 Localización de Pieza Dentaria:
 Evaluación de área patológica:
 A.T.M.: Boca Cerrada Boca Abierta:
 Senos Paranasales:
 Senos Maxilares:
 Ortodancia: Con Proface Sin ProFace

*Especificaciones para el estudio solicitado:
.....
.....

Radiografía Extraorales

• • • Panorámica
• • • Lateral: Lateral Estricta Posición Natural de la Cabeza 7ma. Vértebra
• • • A.T.M.: Boca Cerrada / Boca Abierta (Incluye Panorámica)
• • • Senos Paranasales
• • • Senos Maxilares (Waters)
• • • Póstero - Anterior (Frontal)
• • • Inversa Towne
• • • Carpal
• • • Cavum Faringeo

*Especificaciones para el estudio solicitado:
.....
.....

Radiografía Intraorales

• • • Periapicales: Seriada Piezas Dentarias:
• • • 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
• • • **D** 5.5 5.4 5.3 5.2 5.1 6.1 6.2 6.3 6.4 6.5 **I**
• • • 8.5 8.4 8.3 8.2 8.1 7.1 7.2 7.3 7.4 7.5
• • • 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
• • • Localización de Pieza Dentaria:
.....
.....

• • • Bitewing: Molares:
• • • Derecha Izquierda
• • • Premolares
• • • Derecha Izquierda
• • • Oclusal: Superior Inferior