

ORTODONCIA

Análisis en Rx Lateral

- | | | |
|---------------------------------------|---|-----------------------------------|
| ☐ Ricketts | ☐ Adenoides | ☐ U.P.C. |
| ☐ Steiner | ☐ U.P.C.H. | ☐ Rampal |
| ☐ Tweed | ☐ Vto. Crecimiento | ☐ FACE |
| ☐ Mc Namara | ☐ Rocabado | ☐ TRUJILLO |
| ☐ Downs | ☐ Burstone-Legan | |
| ☐ Roth-Jarabak | ☐ 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

ESCANEAO INTRAORAL DIGITAL

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

ALINEADORES INVISIBLES

- ☐ Protocolo de Diagnóstico para Alineadores
☐ Alineadores Invisibles 3D

GUÍA QUIRÚRGICA

- ☐ Planificación ☐ Diseño ☐ Impresión

CIRUGÍA ORTOGNÁTICA

- ☐ Planificación ☐ Diseño ☐ Impresión Splints

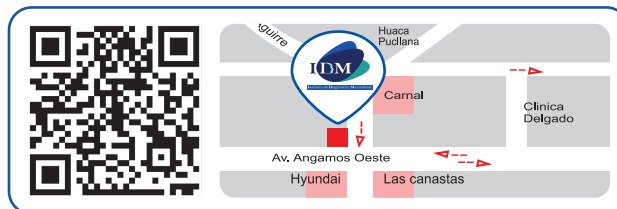
ATM

- ☐ Análisis de Movimiento Mandibular (Jaw Motion)

FOTOGRAMETRÍA FACIAL

- ☐ Escaneo facial 3D: Proface

NUESTRAS SEDES



IDM SEDE MIRAFLORES

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

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



IDM SEDE SURCO

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

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



IDM SEDE JESÚS MARÍA

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

Telf.: (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:

Tomografía Cone Beam (CBCT)

 ☐ CON INFORME ☐  SÓLO USB ☐

☐ **Fotogrametría Facial (Proface:** Sistema de fotografía 3D) ☐ **Tomografía Cone Beam** (Incluye Panorámica)

☐ Implantes ☐ Maxilar superior ☐ Endodoncia
☐ 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	I	• • •
• • •		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		• • •
• • •																			• • •
• • •																			• • •

Paciente trae guía: ☐ Sí ☐ No

☐ A.T.M. ☐ Boca Cerrada ☐ Boca Abierta:
☐ Ortodoncia: ☐ 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)
• • • ☐ Pósterio - Anterior (Frontal)
• • • ☐ 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
• • • ☐ Localización de Pieza Dentaria:

Ecografía Maxilofacial



• • • ☐ Parótida ☐ Submaxilar ☐ Supramentoniana ☐ Infraorbitario
• • • ☐ Región masetérica / Articulación temporomandibular (ATM)
• • • ☐ Piso de boca ☐ Lesión localizada (especificar): ☐ Otra(s):
• • •

Motivo de la solicitud / Diagnóstico presuntivo: