



TOMOGRAFÍA 3D

Carrera 78 A No. 9-39 Local 1 Barrio Castilla Cel: 322 5082564

Horario: Lunes a Viernes 8.00 a.m. a 7 p.m.

Sábados 8:30 a.m. a 6:00 p.m.

E-mail: chcradiologiaoral@gmail.com

FECHA		
DIA	MES	AÑO

Nombre:	D.I.	Edad	Teléfono:	Fecha de Nacimiento
---------	------	------	-----------	---------------------

Doctor (a)	E-MAIL:	Teléfono:
------------	---------	-----------

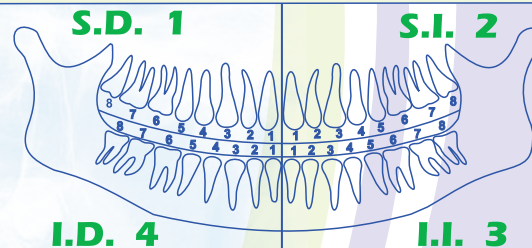
RADIOGRAFIA EXTRAORAL

- | | |
|---|---|
| ☐ Panorámica | ☐ Submentoniana-Vertical |
| ☐ Perfil | ☐ Senos Paranasales (Cadwel, Waters, Perfil) |
| ☐ Postero-Anterior | ☐ Senos Maxilares |
| ☐ Antero-Posterior | ☐ ATM (Técnica Panorex) |
| ☐ Waters | ☐ Boca Abierta y Cerrada |
| ☐ Towne | ☐ Boca Abierta |
| ☐ Cadwel | ☐ Boca Cerrada |
| ☐ Carpograma | |

RADIOGRAFÍA INTRAORAL

- | |
|---|
| ☐ Periapical (marcar diagrama) |
| ☐ Periapical completo |
| ☐ Periapical Milimetrada |
| ☐ Periapical Coronal |
| ☐ Coronal Completo |
| ☐ Oclusal Digital |
| ☐ Superior ☐ Inferior |

MARCAR ÁREA



PAQUETES

- | | |
|--------------------------|--------------------------------|
| ☐ | Paquete de Ortodoncia esencial |
| ☐ | Paquete de Ortodoncia básico |
| ☐ | Paquete de Ortodoncia plus |
| ☐ | Paquete para Ortopedia |
| ☐ | Paquete para Periodoncia |
| ☐ | Paquete para Rehabilitación |
| ☐ | Paquete para Rinoplastia |

NOTA: Estos paquetes se tomaran hasta las 6:00 p.m.

TOMOGRAFÍA VOLUMÉTRICA

- | | | |
|---|-----------|--|
| ☐ Zona tres dientes | 3D | ☐ Senos Maxilares |
| ☐ Maxilar Superior | | ☐ Bimaxilar Zona tres dientes |
| ☐ Maxilar Inferior | | ☐ Lectura Tomográfica 3D |
| ☐ Maxilar Superior e Inferior | | ☐ Articulación Temporo-Mandibular |

FORMA DE ENTREGA

- | | | | | |
|-----------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| ☐ CD | ☐ Acetato | ☐ CD + Acetato | ☐ USB | ☐ E-mail |
|-----------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|

OBSERVACIONES

PAQUETE DE ORTODONCIA ESENCIAL

- 1 Radiografía Panorámica
- 1 Radiografía de perfil
- 8 Fotografías Clínicas
- 1 Carpeta

PAQUETE DE ORTODONCIA BÁSICO

- 1 Radiografía Panorámica
- 1 Radiografía de perfil
- 8 Fotografías Clínicas
- 1 Modelos de estudio Sin Mod ☐ Con Mod ☐
- 1 Diagnostico Cefalométrico
- 1 Carpeta

PAQUETE PARA REHABILITACIÓN

- 1 Juego Periapical Completo
- 5 Fotografías Clínicas
- 1 Modelo de Trabajo
- 1 Carpeta

PAQUETE PARA ORTOPEDIA

- 1 Radiografía Panorámica
- 1 Radiografía de Perfil
- 8 Fotografía Clínicas
- 1 Modelo de Trabajo
- 1 Diagnostico Cefalométrico

PAQUETE PARA PERIODONCIA

- 1 Juego Periapical Completo
- 5 Fotografías Clínicas
- 1 Carpeta



FOTOGRAFÍA CLÍNICA DIGITAL

EXTRAORALES

- ☐ Frente
- ☐ Perfil Derecho
- ☐ Perfil Izquierdo
- ☐ Sonrisa
- ☐ 3/4 Derecho
- ☐ 3/4 Izquierdo
- ☐ Base de Nariz
- ☐ Coronal Basal

INTRAORALES

- ☐ Oclusión de Frente
- ☐ Oclusión Derecho
- ☐ Oclusión Izquierdo
- ☐ Arco Superior
- ☐ Arco Inferior
- ☐ Over-Jet
- ☐ Over-Bite

PRESENTACIÓN

- ☐ Natural 1 + 1

FONDO

- ☐ Blanco
- ☐ Azul

MODELOS

- ☐ Modelos de Estudio
- ☐ Modelos de Trabajo

DIAGNOSTICOS

- ☐ Cefalometria Computarizada
- ☐ Steiner ☐ McNamara
- ☐ Bimler ☐ Rickttes
- ☐ Otros _____

CONSENTIMIENTO INFORMATIVO

Se me ha explicado el propósito del examen, la técnica por utilizar, las ventajas, desventajas complicaciones, molestias y riesgos que puedan producirse. Convengo en acatar las instrucciones para la toma del examen.
Certifico que he leído, entendido y acepto cabalmente lo anterior.

Firma del paciente _____