



Imágenes Diagnosticas Dentales

Paciente

Identificación

Edad

Fecha de Nacimiento:

DIA

MES

AÑO

Tel / Cel:

Dirección:

Doctor(a)

Especialidad

TOMOGRAFÍA 3D VOLUMÉTRICA



OBJETIVO ESTUDIO

- ☐ Sector 4 dientes
- ☐ Terceros Molares
- ☐ Maxilar Superior ☐ Inferior
- ☐ Bimaxilar
- ☐ ATM 3D
- ☐ Mini Tornillos Shelf Mandibular
- ☐ Mini Tornillos Infracigomatico
- ☐ Endodoncia 76 micras
- ☐ Dientes Retenidos /Incluidos
- ☐ Implantes
- ☐ Patología
- ☐ Mini Tornillos
- ☐ Evaluación Periodontal
- ☐ Otro

MARQUE ZONA DE ESTUDIO

S.D. 1

Lado Derecho



I.D. 4

S.I. 2

Lado Izquierdo



I.I. 3

Software de visualización:

FORMA DE ENTREGA

- ☐ Lectura por Radiólogo Oral + CD-rom
- ☐ Informe de Cortes y Medidas impresas con CD-rom
- ☐ Solo CD-rom
- ☐ Impresión + CD-rom

RADIOGRAFÍAS DIGITALES 2D



EXTRAORALES

- ☐ Panorámica
- ☐ Perfil
- ☐ Submentón - Vertex
- ☐ Carpograma
- ☐ Proyección de waters
- ☐ Cráneo PA ☐ AP ☐
- ☐ AP Transbucal
- ☐ ATM ☐ Boca Abierta ☐ Cerrada (4vistas)

INTRAORALES

- ☐ Periapical Parcial
- ☐ Periapical Milimetrada
- ☐ Periapical Completo
- ☐ Coroneles

MARQUE ZONA DE ESTUDIO

S.D. 1

Lado Derecho



I.D. 4

S.I. 2

Lado Izquierdo



I.I. 3

FORMA DE ENTREGA

- ☐ Impresión láser
- ☐ Email
- ☐ CD-rom

PAQUETES

PAQUETE DE:

- ☐ Ortodoncia Simple Virtual
- ☐ Ortodoncia mínimo
- ☐ Ortodoncia intermedio
- ☐ Ortodoncia superior
- ☐ Cirugía Oral y Maxilofacial
- ☐ Panorámica + Fotos 1 día hábil

FOTOGRAFÍA DIGITAL

EXTRAORALES

- ☐ Frontal
- ☐ Perfil izquierdo
- ☐ Perfil derecho
- ☐ 3/4 derecho
- ☐ 3/4 izquierdo
- ☐ Frontal sonrisa
- ☐ 3/4 Sonrisa izquierda
- ☐ 3/4 Sonrisa derecha

INTRAORALES

- ☐ Oclusión Izquierda
- ☐ Oclusión derecha
- ☐ Arco superior
- ☐ Arco Inferior
- ☐ Over-Jet
- ☐ Over-Bite
- ☐ Oclusión de frente

MODELOS

- ☐ De estudio
- ☐ De trabajo

FONDO

- ☐ Fondo Azul
- ☐ Fondo Blanco

CEFALOMETRÍA DIGITAL

- ☐ Steiner Macnamara
- ☐ Ricketts Jarabak
- ☐ Grummons
- ☐ otro

OBSERVACIONES:

Horario de atención:

Lunes a viernes
de 8:am a 7:pm

Sábados de
de 8:am a 4:pm



PAQUETE ORTODONCIA SIMPLE VIRTUAL

se envía por correo

- ☐ 1 Radiografía Panorámica y Perfil
- ☐ 8 Fotografías Clínicas
- ☐ 1 Diagnostico Cefalométrico

PAQUETE ORTODONCIA MÍNIMO

- ☐ 1 Radiografía Panorámica y Perfil
- ☐ 8 Fotografías Clínicas
- ☐ 1 Diagnostico Cefalométrico

PAQUETE ORTODONCIA INTERMEDIO

- ☐ 1 Radiografía Panorámica y Perfil
- ☐ 8 Fotografías Clínicas
- ☐ 1 Modelo de Estudio
- ☐ 1 Diagnostico Cefalométrico

PAQUETE ORTODONCIA SUPERIOR

- ☐ 1 Radiografía Panorámica y Perfil
- ☐ 11 Fotografías Clínicas
- ☐ 1 Modelo de Estudio
- ☐ 1 Diagnostico Cefalométrico con Análisis
- ☐ Diagnostico y posibles planes de tratamiento

ESCÁNER INTRAORAL

- ☐ Impresión Digitales
- ☐ Digitalización de Modelos
- ☐ Impresiones digitales a domicilio

Cita Previa

Imágenes Diagnosticas Dentales



RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE

Si esta embarazada o sospecha, informe a nuestro personal antes de su examen
Retirar objetos metálicos de cabeza y cuello

Asistir con excelente higiene oral
las radiografías se entregan 15 minutos después

Los paquetes de Ortodoncia 3 días hábiles

Horario de atención: Lunes a viernes de 8:am a 7:pm - Sábados de 8:am a 4:pm

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las Radiaciones Ionizantes utilizadas presentan algunos riesgos por su exposición que incluye:

- Mujeres en estado de embarazo afecta significativamente el feto en sus primeros 3 meses de desarrollo.
- Paciente con marcapasos, altera la funcionalidad del mismo llegando a ser vital.

Se me ha explicado el proposito del examen, la técnica por utilizar, las ventajas, complicaciones, molestias y riesgos que puedan producirse.
Convengo en acatar las instrucciones y acepto cabalmente lo anterior.

Firma del Paciente o Representante _____ No. Identificación _____