

GUESIE 3D

Centro Radiológico Oral y Maxilofacial



IMÁGENES DIAGNOSTICAS SEGURIDAD, SALUD ORAL Y CALIDAD DE IMAGEN

FECHA

DÍA

MES

AÑO

Paciente:

Doc. Id. O.C.C.:
O.T.I.:

Edad:

Nacimiento

DD / MM / AAAA

Tel. Paciente

Doctor (a):

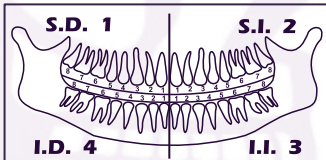
E-mail:

Tel. Dr.

VALOR:

RX.INTRAORALES

R: DERECHO L: IZQUIERDO



- ☐ Periapical (marcar diagrama)
- ☐ Periapical Milimetrada
- ☐ Periapical completo
- ☐ Periapical Coronal
- ☐ Coronal Completo
- ☐ _ Superior _ Inferior

RX.EXTRAORALES

- ☐ Radiografía panorámica
- ☐ Radiografía perfil
- ☐ Radiografía A.T.M
- ☐ Radiografía Anterior - Posterior
- ☐ Radiografía Posterior - Anterior
- ☐ Radiografía submentovertex
- ☐ Radiografía de water
- ☐ Senos Maxilares
- ☐ Towne
- ☐ Carpograma

TOMOGRAFÍAS

D 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 I
8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

- ☐ Zona 3 dientes Adyacentes
- ☐ Maxilar superior
- ☐ Maxilar inferior
- ☐ Bimaxilar
- ☐ A.T.M
- ☐ Senos maxilares

ENTREGAS

- ☐ Correo
- ☐ USB
- ☐ Acetato
- ☐ Lectura (Costo adicional)



OBSERVACIONES: _____



Contáctanos 3334004872

Correo: rxoral3dguesie@gmail.com

Clle7 # 5 -37 1er piso CENTRO

FUSAGASUGÀ

Lunes a Viernes 7:00 AM A 6:00 PM

Sábados 7:00 AM A 4:00 PM

JORNADA CONTINUA EN TODOS LOS SERVICIOS

PAQUETES DIAGNÓSTICOS

● ORTODONCIA 1

- 1 Radiografía Panorámica
- 1 Radiografía de perfil
- 8 Fotos Clínicas

☐ Carpeta ☐ Solo virtual

● ORTODONCIA 3

- 1 Radiografía panorámica
- 1 Radiografía de perfil
- 1 Análisis cefalométrico
- 8 Fotografías clínicas
- 1 Biomodelos (modelo digital)

☐ Carpeta ☐ Solo virtual

● PERIODONCIA

- 1 Juego Periapical completo
- 10 Fotografías clínicas

☐ Carpeta ☐ Solo virtual

● ORTODONCIA 2

- 1 Radiografía Panorámica
- 1 Radiografía de perfil
- 1 Análisis cefalométrico
- 8 Fotos Clínicas

☐ Carpeta ☐ Solo virtual

● REHABILITACIÓN

- 1 juego periapical completo
- 5 Fotografías intraorales
- 1 Juego de modelos de estudio o de trabajo

☐ Carpeta ☐ Solo virtual

● ORTOPEDIA

- 1 RX panorámica / 1 RX perfil
- 1 Modelo de estudio o trabajo
- 1 Análisis cefalométrico / 8 Fotos

☐ Carpeta ☐ Solo virtual

FOTOGRAFÍAS

INTRAORALES

- ☐ Oclusión de frente
- ☐ Oclusión
 - ___ Derecho
 - ___ Izquierdo
- ☐ Arcos
 - ___ Superior
 - ___ Inferior
- ☐ Overjet
- ☐ Overbite
- FONDO**
 - ☐ azul
 - ☐ Blanco

EXTRAORALES

- ☐ Frente
- ☐ Perfil
 - ___ Derecho
 - ___ Izquierdo
- ☐ Sonrisa
- ☐ 3/4
 - ___ Derecho
 - ___ Izquierdo
- ☐ Base Nariz
- ☐ Corona Basal
- ☐ Fotos 1:1 (20 x 25)

● PAQUETE FINAL

- 1 Radiografía Panorámica 8 Fotos

ESCÁNER INTRAORAL

- ☐ Domicilio ☐ En el Radiológico
- ARCHIVOS
 - ☐ STL ☐ PLY

DIAGNÓSTICO CEFALOMÉTRICO

- ☐ Steiner
- ☐ McNamara
- ☐ Rickttes
- ☐ Jarabak

Otros _____

RECOMENDACIONES

- Si usted esta embarazada o supone estarlo, por favor dígalos a su odontólogo al momento de remitirla.
- Debe cepillar muy bien la boca antes de asistir al examen.
- Para fotografías debe traer el cabello recogido, frente y orejas descubiertas.
- Para radiografías debe retirar cualquier objeto metálico del cuello hacia arriba.
- Si usa prótesis o algún aparato removible pregunte a su odontólogo
- si es necesario que los retire o no para la toma de los exámenes

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Doy mi consentimiento para que se me realice este procedimiento por medio de exposición de radiación ionizante en forma de rayos x, para proporcionar una información diagnostica. Se estima que durante el examen se recibe una dosis mínima de radiación

Certifico que he leído, entendido y acepto cabalmente lo anterior.

Firma del paciente o persona responsable

Cédula (Nro. de documento)

