

Fecha

Nombre:

C.C:

Fecha nac:

Edad:

Dir:

Mail:

Cel:

Doc:

Mail:

Esp:

RX.INTRAORALES

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

D 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 | I
5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5

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

RX.EXTRAORALES

- Radiografía panorámica
- Radiografía A.T.M.
- Radiografía perfil
- Radiografía Anterior - Posterior
- Radiografía Posterior - Anterior
- Radiografía submentovertex
- Radiografía de water
- 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

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



OBSERVACIONES: _____



Contáctanos **314 381 8045**
www.vision3dental.com

Edificio Torre 33 / Local 212
Calle 33 # 33-34 Villavicencio

Lunes a Viernes 8:00 AM A 6:00 PM
Sábados 8:00 AM A 1:00 PM

PAQUETES DIAGNÓSTICOS

● ORTODONCIA 1

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

● ORTODONCIA 3

- 1 Radiografía panorámica
- 1 Radiografía de perfil
- 8 Fotos
- 1 Juego de modelos de estudio
- 1 Análisis cefalométrico
- 1 Carpeta

● PERIODONCIA

- 1 Juego Periapical completo
- 5 Fotos
- 1 Carpeta de archivo-H clínica

● ORTODONCIA 2

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

● REHABILITACIÓN

- 1 juego periapical completo
- 5 Fotos
- 1 Juego de modelos de estudio o de trabajo
- 1 Carpeta

● ORTOPEDIA

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

FOTOGRAFÍAS

INTRAORALES

- Oclusión de frente
- Oclusión
 - Derecho
 - Izquierdo
- Arcos
 - Superior
 - Inferior
- Overjet
- Overbite

EXTRAORALES

- Frente
- Perfil
 - Derecho
 - Izquierdo
- Sonrisa
- 3/4
 - Derecho
 - Izquierdo
- Base Nariz
- Corona Basal

MODELOS

- Modelos de estudio
- Modelos de trabajo
- Análisis de modelos

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.
- Para la toma de modelos el paciente no debe haber consumido alimentos por lo menos tres horas antes.

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)

