

DEOX

Radiología Oral 3D

Fecha: DÍA MES AÑO Nombre: _____

CC/TI: _____ Tel/Cel: _____ Fecha Nac:

Doctor: _____

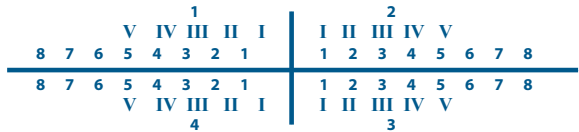
Correo Electrónico: _____

RADIOGRAFÍAS EXTRAORALES

- ☐ Panorámica ☐ Carpograma ☐ Posterior - anterior
☐ Perfil ☐ Senos maxilares (Watters) ☐ ATM B/A B/C

RADIOGRAFÍAS INTRAORALES

- PERIAPICAL ☐ Completo
☐ Parcial (Marcar en Diagrama)
 CORONALES ☐ Derecha
☐ Izquierda
 OCLUSAL ☐ Superior
☐ Inferior



PAQUETES PARA ORTODONCIA

- ☐ **PAQUETE 1**
 PANORÁMICA - PERFIL - TRAZO - MODELOS - FOTOS
☐ **PAQUETE 2**
 PANORÁMICA - PERFIL - FOTOS
☐ **PAQUETE 3**
 PANORÁMICA - PERFIL - MODELOS
☐ **PAQUETE 4**
 PANORÁMICA - PERFIL - TRAZO - FOTOS
☐ **PAQUETE 5**
 PANORÁMICA - FOTOS
☐ **PAQUETE 6**
 REHABILITACIÓN ORAL (PANORÁMICA, PERIAPICAL COMPLETO, FOTOS Y MODELOS DE TRABAJO)

CEFALOMETRÍA COMPUTARIZADA

- ☐ Steiner
☐ Jarabak
☐ McNamara
☐ Ricketts
☐ Otros

MODELOS

- ☐ De Estudio ☐ De Trabajo

FOTOGRAFÍA CLÍNICA

- ☐ Juego Completo
☐ Intraorales
☐ Extraorales

Formato de entrega de resultados

- ☐ Impresos ☐ CD ☐ Correo electrónico ☐ Google Deox

OBSERVACIONES

NORTE: Centro Comercial Centenario - Local 215
 Av. 4 Norte No.7N - 46
 Tels: (602) 487 5684

SUR: Clínica Colombia - Cra. 46 No. 9C - 85 Local 105
 Tel: (602) 374 8181

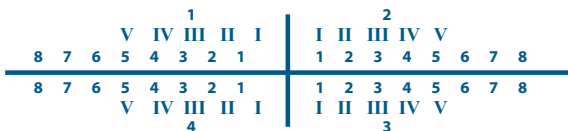
Celular / Whatsapp: (302) 864 9776

Email: deoxcali@hotmail.com - www.deoxradiologia.com

Horario de atención: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. y 2:00 p.m. a 6:00 p.m.
 Sábado de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

TOMOGRAFÍA 3D CONE BEAM HD

- ☐ 1 a 3 zonas continuas
 - ☐ Hemiarcada
 - ☐ Maxilar superior
 - ☐ Mandibula
 - ☐ Bimaxilar
 - ☐ Senos paranasales
 - ☐ Senos maxilares
 - ☐ Dientes incluidos - Ubicación
 - ☐ Huesos faciales con reconstrucción en 3D
 - ☐ Craneo completo
 - ☐ ATM ☐ B/A
☐ B/C
 - ☐ Implantes ☐ Con guía
☐ Sin guía
 - ☐ Patología



- ☐ Paquete de Ortodoncia 3D
40 IMÁGENES - FOTOS
- ☐ Paquete de Ortodoncia 3D
17 IMÁGENES - FOTOS
- ☐ Paquete de Ortodoncia
PARA INVISALING. FOTOS - DICOM
- ☐ Lectura Radiólogo

Formato de entrega de resultados

☐ Impresos ☐ CD ☐ Correo electrónico ☐ Google Deox

- ☐ Impresos ☐ CD ☐ Correo electrónico ☐ Google Deox

OBSERVACIONES	

RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE

- Si Ud. esta embarazada o cree estarlo, por favor informarle al técnico de radiología.
- Para fotografías y radiografías debe tener sus dientes cepillados correctamente.
- Para radiografías debe retirar cualquier elemento metálico del cuello hacia arriba.
- Seguir las recomendaciones dadas por el técnico para obtener una buena imagen.

INFORMACIÓN PARA LA TOMA DE IMÁGENES Y AYUDAS DIAGNÓSTICAS

Declaro que soy informado y entiendo los riesgos aquí expuestos que se pueden producir durante el procedimiento al cual voy a ser sometido(a).

Autorizo voluntariamente la realización de los exámenes remitidos por el profesional tratante, liberando de cualquier responsabilidad a DEOX.

- **TOMA DE FOTOS:** Produce sensación temporal de flash en los ojos sin generar daño a la visión.
- **TOMA DE IMPRESIONES:** Puede generar náuseas y/o vómito, o extracción dental por presentar excesiva movilidad del diente o posible presión en la encías.
- **TOMA DE RADIOGRAFÍAS Y TOMOGRAFÍAS:** Genera mínima radiación para la salud. DEOX aplica todas las normas de radioprotección (Chaleco Plomado). Las placas radiográficas pueden generar incomodidad dentro de la boca.

Nota para mujeres:

- ☐ **INFORMO NO ESTAR EN EMBARAZO** (Si tiene duda, no autorizar la toma de la radiografía).
- ☐ **AUTORIZACIÓN DE MANEJO DE DATOS:** Autorizo expresamente a DEOX, para que mis datos personales puedan ser utilizados de conformidad con la política de tratamiento de datos establecida por la Ley 1581 de 2012.

PRESENTAR DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

Firma del paciente o Responsable

Firma del Profesional

Nombre: _____

CC / TI: