



NOMBRES Y APELLIDOS

R.C./C.C./T.I.

EDAD

TEL PACIENTE:

DOCTOR - CLINICA

FECHA NACIMIENTO:

TEL: DR.

RADIOGRAFIAS

FOTOGRAFÍA CLÍNICA

INTRA ORALES DIGITALES

DER 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 IZQ
8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

- Juego Periapical Digital
- Completo Medio
- Rx Periapical
- Rx Coronal o Bitewing
- Rx Oclusal Superior
- Rx Oclusal Inferior
- Rx Periapical con reglilla

TOMOGRAFÍA 3D CONE BEAM

DER 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 IZQ
8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

- Zona 3 Dtes
- Maxilar inferior
- Maxilar Superior
- Senos Paranasales
- ATM Boca Abierta
- ATM Boca Cerrada

EXTRA ORALES DIGITALES

- Panorámica
- Senos Maxilares y Paranasales
- ATM
- Perfil Papel Cefalométrico
- Antero - Posterior
- Postero - Anterior
- Carpografía
- Submenton Vertex
- Waters

DIAGNOSTICOS

- Steiner
- Mc Namara
- Ricketts
- Bimler
- Otros

INTRA ORALES

- Oclusión de frente
- Oclusión derecha
- Oclusión izquierda
- Arco superior
- Arco inferior
- Over - Jet
- Over - bite

EXTRA ORALES

- Frente
- Perfil derecho
- Perfil izquierdo
- Sonrisa
- 3 / 4 derecha
- 3 / 4 izquierda
- Base Nariz

PRESENTACION

- Digital
- Papel Color
- Blanco y Negro
- Tamaño Natural 1 - 1
- CD
- Web

PAQUETES DIAGNOSTICOS

- Paquete Mínimo de Ortodoncia
- Paquete Básico de Ortodoncia
- Paquete Plus de Ortodoncia
- Paquete de Ortopedia
- Paquete de Implantología
- Paquete Final
- Virtual

MODELOS

- De Estudio Superior
- De Trabajo Inferior

HORARIO DE ATENCIÓN:

Lunes a Viernes: de 8:00 a.m. A 12:00 m.
y de 2:00 p.m. A 6:00 p.m.

Sábado: de 8:00 a.m. A 12:00 m.
y de 2:00 p.m. A 4:00 p.m.

FORMA DE ENVÍO:
ENTREGA:

- E-mail CD CARPETA Whatsapp
 Paciente Recoge Enviar a la Clinica Enviar al Consultorio Web/app

OBSERVACIONES:

HACEMOS PARTE DE UNA HERMOSA SONRISA

IMPRESIONES S.A.S. NIT. 900.002.882-2 PBX. 702.4110

PAQUETE MINIMO DE ORTODONCIA

- 1 Radiografía Panorámica Digital
- 1 Radiografía de Perfil Digital
- 1 Juego de Modelos de Estudio (Yeso Tipo III Blanco)

PAQUETE BASICO DE ORTODONCIA

- 1 Radiografía Panorámica Digital
- 1 Radiografía de perfil Digital
- 8 Fotos (Como usted indique en el orden)
- 1 Juego de Modelos de estudio (yeso tipo III blanco)
- 1 Diagnóstico Cefalométrico Computarizado
- 1 Carpeta de Archivo

PAQUETE PLUS DE ORTODONCIA

- 1 Radiografía Panorámica.
- 1 Radiografía de perfil Digital
- 11 Fotos a color o diapositiva digital (Como usted indique)
- 1 Juego de Modelos de estudio (yeso tipo III blanco)
- 1 Diagnóstico Cefalométrico Computarizado
- 1 Diagnóstico de Modelos de Estudio
- 1 Carpeta de Archivo

PAQUETE DIGITAL DE ORTOPEDIA

- 1 Radiografía Panorámica Digital
- 1 Radiografía de perfil Digital
- 8 Fotos papel color o digital (Como usted indique en la orden)
- 1 Juego de Modelos de estudio
- 1 Diagnóstico Bimler Computarizado
- 1 Carpeta de Archivo

PAQUETE DE IMPLANTOLOGIA

- 1 Radiografía Panorámica Digital
- 8 Fotos intraorales en papel color, ó digital
- 1 Juego de Modelos de Trabajo
- 1 Carpeta de Archivo

PAQUETE VIRTUAL

Comprende lo mismo que el paquete básico en cd + modelo de estudio

RECOMENDACIONES AL PACIENTE

- TRAER SU DOCUMENTO DE IDENTIFICACION T.I. - R.C. - C.C.
- DURANTE LA TOMA DE LAS RADIOGRAFIAS SEGUIR LAS INDICACIONES DE LA AUXILIAR A CARGO
- ANTES DE TOMAR LOS EXAMENES, DEBE CEPILLAR SUS DIENTES CORRECTAMENTE
- PIDA A SU ODONTÓLOGO LE INDIQUE SU OCLUSIÓN CORRECTA
SI USA PROTESIS O ALGUN APARATO REMOVIBLE, PREGUNTE A SU ODONTÓLOGO SI PARA LA TOMA DE LOS EXAMENES ES NECESARIO QUE LOS RETIRE O NO
- LAS RADIOGRAFIAS SE ENTREGAN 15 MINUTOS DESPUÉS DE SER TOMADAS.
- LOS PAQUETES DE ORTODONCIA - IMPLANTOLOGIA SE LLEVAN A LA CLÍNICA O CONSULTORIO DOS DÍAS DESPUÉS DE SER TOMADAS
- PARA FOTOGRAFÍA DEBE TRAER EL CABELLO RECOGIDO, FRENTE Y OREJAS DESCUBIERTAS. EN LO POSIBLE SIN MAQUILLAJE.
- APAGAR SU CELULAR ANTES DE ENTRAR A REALIZAR LOS EXÁMENES PARA EVITAR DAÑOS EN EL MISMO.
PARA MODELOS DE ESTUDIO Y TRABAJO SE RECOMIENDA NO CONSUMIR ALIMENTOS 1 HORA ANTES.
- LAS TOMOGRAFÍA SE ENTREGAN 2 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE SER TOMADAS.

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Expreso la autorización a **IMÁGENES ORALES LTDA** para el tratamiento de mi información personal y odontológica, de forma responsable y amparados en la ley 1581 de 2012 de protección de datos personales, para uso administrativo, cumplimientos legales y facultandolo a la entrega de la información al profesional en salud oral o clínicas para fines pertinentes a mi tratamiento, cuando así sea requerido.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha comunicado clara y precisa sobre las condiciones y riesgos asociados a la toma de exámenes radiográfico.

Firma:

N° de identificación:

Firma de conformidad con el tratamiento de datos y consentimiento informado