

ODONTO

RADIOLOGIA DIGITAL

RESOLUCIÓN No. 0393 DE 2.016 CERTIFICADO POR DISTRISALUD

Cra. 52 No. 82 - 263 Primer Piso Tel: 3783582
Cel: 318 282 4584 Lunes a Viernes: 7:30 a.m. a 6:30 p.m.
Jornada continua Sábado 8 a 1 p.m.
email: odontodiagrxoral1@hotmail.com

RESOLUCIÓN No. 0318 DE 2.016 CERTIFICADO POR DISTRISALUD

Cra. 21 No. 47B - 05 L. 4 (Cordialidad con 21 Esq.)
Tel. 3460482 • Cel: 316 527 7561 Lunes a Viernes: 8:00
a 5:30 p.m. Jornada continua Sábado 8:00 a 2 p.m.
e-mail: odontodiagsur2@gmail.com

FECHA: _____ FECHA NACIMIENTO: _____

PACIENTE: _____ DOC. IDENTIDAD: _____

DOCTOR: _____ TEL: _____

• RADIOLOGIA •

DER	VVI III I 8 7 6 5 4 3 2 1	II III III V I 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	
	VVI III I	II III III V I	

• Intraoral •

☐ Periapical

☐ Juego Periapical Completo

☐ Coronal: ☐ Derecha
☐ Izquierda

• Extraoral •

☐ Panorámica: (Ortopantomografía)
☐ Panorámica: De ampliación constante
para implantes 1.25

☐ Perfil (Lateral del Cráneo)

☐ Cráneo P.A (Postero - Anterior)

☐ Cráneo A.P. (Antero - Posterior)

CEFALOMETRIA COMPUTARIZADA

De _____ ☐
Ver al respaldo

☐ Senos Maxilares

☐ Técnica Panorex

☐ Proyecto de Waters

Especificaciones: _____

• A.T.M. •

☐ Izq. Der. (Boca abierta - Cerrada)

• FOTOGRAFIA •

☐ Papel Color

☐ Digitales

• Extraoral •

☐ Frontal Cara

☐ Perfil Izquierdo

☐ Perfil Derecho

☐ Base Nariz

☐ Sonrisa

☐ Otras _____

• Intraoral •

☐ Oclusión de Frente

☐ Oclusión Derecha

☐ Oclusión Izquierda

☐ Arco Superior

☐ Arco Inferior

☐ Otras _____

☐ Modelo de Estudios

• Estudios para Ortodoncia •

☐ Perfil, Panorámicas, Fotografías,
Modelos yeso

☐ Perfil, Panorámicas, Fotografías,
Modelos yeso e Impresión Digital

• Impresión Digital •

☐ Impresión digital para laboratorio

☐ Impresión digital CON modelo digital

e-mail: _____

! Somos los Únicos Certificados por Distrisalud !



Cra. 52 No. 82 - 263 Primer Piso Tel: 3783582 Cel: 318 282 4584
email: odontodiagrxoral1@hotmail.com

TOMOGRAFIA

Motivo principal del examen

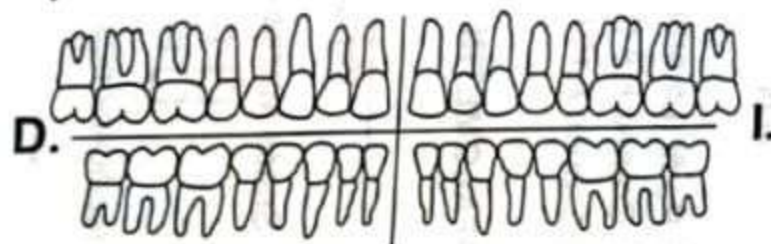
- | | |
|---|---|
| ☐ Implantes | ☐ Patologías (quistes, tumores, otras) |
| ☐ Dientes Impactados (caninos, supernumerarios, otros) | |
| ☐ Ortodoncia | ☐ Diagnóstico Inicial |

Favor circule el área de interés:



Implantes

Marque la zona de estudio:



FECHA: _____ FECHA NACIMIENTO: _____

PACIENTE: _____ IDENT.: _____

DOCTOR: _____ TEL: _____

JORNADA: Lunes a Viernes: 7:30 a.m. a 7:00 p.m. Jornada continua Sábado 8 a 1 p. m.

- | | |
|--|--|
| ☐ Terceros molares | ☐ Senos maxilares |
| ☐ Vías Aéreas | ☐ ATM |
| ☐ Otros (especifique) _____ | |

Forma de entrega de estudio

- | | | |
|--|---|----------------------------------|
| ☐ CD visor Galileos | ☐ CD Formato Dicom | ☐ Acetato |
|--|---|----------------------------------|

El paciente requiere estudio de planificación de implantes:

- ☐ si ☐ no

Especifique: Ubicación _____
Marca _____
Dimensión Proyectada _____

Observaciones: _____

NOTA IMPORTANTE: EL DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO ES RESPONSABILIDAD DEL DOCTOR QUE REFIERE.