



**RADIOLOGÍA ORAL 100% DIGITAL**

¡Gracias por permitirnos ser el apoyo de su diagnóstico!

Nombre \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_ Fecha de nac. \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Doctor \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_ Centro Odontológico \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Vr Examen \_\_\_\_\_

**CASTILLA**

Carrera 78 No. 8 - 26 Primer Piso  
Tels.: 601 300 0609 - Cel. 320 968 9760  
Bogotá, D.C.

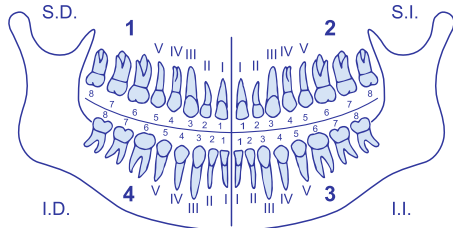
**ORDEN DE TRABAJO**

DIA	MES	AÑO

[www.studioral.com.co](http://www.studioral.com.co)

**Horario de Atención** Lunes a Viernes de 8 am a 7 pm  
Sábado de 8:30 am a 5:30 pm

**CITA PREVIA**



**TOMOGRAFÍA CONE BEAM**

**TOMOGRAFÍA 3D**



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 I

- Zona 3 dientes
- Maxilar superior
- Maxilar Inferior
- Bimaxilar
- ATM Boca abierta
- ATM Boca cerrada
- Senos maxilares
- Planificación de implantes
- Senos paranasales
- Retenidos / Supernumerarios
- Vía aérea

**PRESENTACIÓN TOMOGRAFÍA**

- Con lectura
- Con medidas
- CD
- Acetato
- Impresa

**RADIOGRAFÍAS**

**RX DIGITAL INTRAORAL**

- Periapical digital (marcar diagrama)
- Periapical completo
- Periapical milimetrada
- Periapical coronal

**RX DIGITAL EXTRAORAL**

- Panorámica
- Perfil
- Antero - Posterior
- Postero - Anterior
- Senos paranasales
- Submentón - VérteX
- Carpograma
- ATM (especifique)
- ATM Boca abierta y cerrada

**ESCANEO DE MODELOS**

- Toma de impresión y escaneo de modelos de trabajo
- Escaneo de modelos con (scanner de mesa) (STL)

**PAQUETES**

- Paquete de Ortodoncia simple
- Paquete de Ortodoncia básico
- Paquete de Ortodoncia plus
- Paquete para Ortopedia
- Paquete para Periodoncia
- Paquete para Rehabilitación
- Paquete de Implantología

**DIAGNÓSTICOS**

- Cefalometría Computarizada
- Steiner
- Bimler
- Otros
- McNamara
- Rickttes
- Análisis de Modelos

**MODELOS**

- Modelos de Estudio
- Modelos de Trabajo
- Modelos Digitales

**FOTOGRAFÍA CLÍNICA DIGITAL**

**INTRAORAL**

- Oclusión de frente
- Oclusión derecha
- Oclusión izquierda
- Arco superior
- Arco inferior
- Over - Jet
- Over - Bite
- Otras

**EXTRAORAL**

- Frente
- Perfil derecho
- Perfil izquierdo
- Sonrisa
- Línea media facial
- 3/4 Der.
- Izq.
- Otras

**FORMA DE ENTREGA**

- Acetato
- Cd
- E-mail
- Otro

Nombre \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Dir. \_\_\_\_\_ e-mail paciente \_\_\_\_\_



RADIOLOGÍA ORAL 100% DIGITAL

### PAQUETE DE ORTODONCIA SIMPLE

- 1 Radiografía Panorámica
- 1 Radiografía de Perfil
- 1 Modelo de Estudio
- 1 Carpeta

### PAQUETE DE ORTOPEDIA

- 1 Radiografía Panorámica
- 1 Radiografía de Perfil
- 8 Fotografías Clínicas Intraorales
- 1 Modelo de Estudio
- 1 Diagnóstico Bimler
- 1 Carpeta

### PAQUETE DE ORTODONCIA BÁSICO

- 1 Radiografía Panorámica
- 1 Radiografía de Perfil
- 8 Fotografías Clínicas
- 1 Modelo de Estudio
- 1 Diagnóstico Cefalométrico
- 1 Carpeta

### PAQUETE PARA PERIODONCIA

- 1 Juego de Periapical completo
- 5 Fotografías Clínicas
- 1 Carpeta

### PAQUETE PARA IMPLANTOLOGÍA

- 1 Juego de Periapical completo
- 5 Fotografías Clínicas
- 1 Carpeta
- 2 Periapical Zona Diente

### RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE

- **Si usted está embarazada o supone estarlo**, por favor comuníquese a su odontólogo y al tecnólogo de radiología.
- Para radiografías o fotografías debe traer el cabello recogido, frente y oídos descubiertos y haber cepillado sus dientes correctamente.
- Para radiografías debe retirar cualquier elemento metálico del cuello hacia arriba.
- Para radiografías o fotografías intraorales pida al odontólogo le indique su oclusión correcta.
- Las radiografías se entregan 10 minutos después de haber sido tomadas.
- Los paquetes diagnóstico y modelos se entregarán 3 días después de haber sido tomados.
- Para la toma de Modelos de Estudio o de Trabajo, el paciente debe venir sin haber ingerido alimentos por lo menos dos horas antes.

### AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

Autorizo de manera expresa a STUDIO ORAL, en su condición de responsables del tratamiento de los datos personales, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1581 de 2012, para que efectúen el tratamiento de los datos personales contenidos en sus bases de datos manejándolos responsablemente, facultándolo a disponer de la información suministrada para la gestión, administración, prestación y mejora de los servicios, así como para finalidades comerciales. Para el cumplimiento de los anteriores fines se autoriza a STUDIO ORAL, a entregar la información a terceros como son los doctores y consultorios remitentes.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha explicado el propósito del examen, la técnica por utilizar, las ventajas, desventajas, complicaciones, molestias y riesgos que puedan producirse. Convento en acatar las instrucciones para la toma del examen. Certifico que he leído, entiendo y acepto cabalmente lo anterior.

### OBSERVACIONES

