



TODOS LOS DIAS JORNADA CONTINUA

Sede Principal Fusagasuga:

📍 Cra. 8 No. 9-53 Segundo Piso - (Centro)
☎ Teléfono: (601) 871 5502 📞 Cel: 312 417 1959

Horario: **Lunes a Viernes de 8:00 am a 6:00 p.m. • Sábado de 8: a.m. a 3.30 p.m.**

✉ E-mail: radiologiasodontologicas@gmail.com - cradimax@hotmail.com

2da Sede Fusagasuga:

📍 Calle 17A No. 11-38 (Balmoral)
☎ Teléfono: (601) 0249804 📞 Cel: 311 709 9302

Horario: **Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 5:00 p.m. * Sábado de 7:00 a.m. a 1:00 p.m.**

✉ E-mail: radiografias.balmoral26@gmail.com

TOMOGRAFÍA Cone Beam **3D**

FECHA		
DIA	MES	AÑO

Nombre: _____ D.I. _____ Edad _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Correo: _____

Doctor (a) _____ Teléfono: _____ Fecha Nacimiento _____

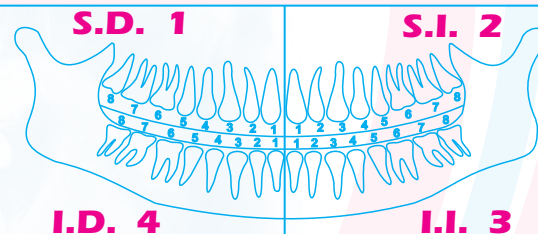
RADIOGRAFIA EXTRAORAL

- | | |
|--|---|
| ☐ Panorámica | ☐ Submentoniana-Vertical |
| ☐ Perfil | ☐ Senos Paranasales (Cadwel, Waters, Perfil) |
| ☐ Postero-Anterior | ☐ Senos Maxilares |
| ☐ Antero-Posterior | ☐ ATM (Técnica Panorex) |
| ☐ Waters | ☐ Boca Abierta y Cerrada |
| ☐ Towne | ☐ Boca Abierta |
| ☐ Cadwel | ☐ Boca Cerrada |
| ☐ Carpograma | |

RADIOGRAFÍA INTRAORAL

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

MARCAR ÁREA



PAQUETES

- ☐ Paquete de Ortodoncia esencial
- ☐ Paquete de Ortodoncia básico
- ☐ Paquete de Ortodoncia plus
- ☐ Paquete para Ortopedia
- ☐ Paquete para Periodoncia
- ☐ Paquete para Rehabilitación
- ☐ Paquete para Rinoplastia

NOTA: Estos paquetes se tomaran hasta las 5:00 p.m.

TOMOGRAFÍA VOLUMÉTRICA

- | | | |
|---|-----------|--|
| ☐ Zona tres dientes | 3D | ☐ Senos Maxilares |
| ☐ Maxilar Superior | | ☐ Bimaxilar Zona tres dientes |
| ☐ Maxilar Inferior | | ☐ Lectura Tomográfica 3D |
| ☐ Maxilar Superior e Inferior | | ☐ Articulación Temporo-Mandibular |

FORMA DE ENTREGA

- ☐ CD ☐ Acetato ☐ CD + Acetato ☐ USB ☐ E-mail

OBSERVACIONES _____

PAQUETE DE ORTODONCIA ESENCIAL

- 1 Radiografía Panorámica
- 1 Radiografía de perfil
- 8 Fotografías Clínicas
- 1 Carpeta

PAQUETE DE ORTODONCIA BÁSICO

- 1 Radiografía Panorámica
- 1 Radiografía de perfil
- 8 Fotografías Clínicas
- 1 Modelos de estudio Sin Mod ☐ Con Mod ☐
- 1 Diagnostico Cefalométrico
- 1 Carpeta

PAQUETE PARA ORTOPEDIA

- 1 Radiografía Panorámica
- 1 Radiografía de Perfil
- 8 Fotografía Clínicas
- 1 Modelo de Trabajo
- 1 Diagnostico Cefalométrico

FOTOGRAFÍA CLÍNICA DIGITAL

EXTRAORALES

- ☐ Frente
- ☐ Perfil Derecho
- ☐ Perfil Izquierdo
- ☐ Sonrisa
- ☐ 3/4 Derecho
- ☐ 3/4 Izquierdo
- ☐ Base de Nariz
- ☐ Coronal Basal

INTRAORALES

- ☐ Oclusión de Frente
- ☐ Oclusión Derecho
- ☐ Oclusión Izquierdo
- ☐ Arco Superior
- ☐ Arco Inferior
- ☐ Over-Jet
- ☐ Over-Bite

PRESENTACIÓN

- ☐ Natural 1 + 1
- FONDO**
- ☐ Blanco
- ☐ Azul

MODELOS

- ☐ Modelos de Estudio
- ☐ Modelos de Trabajo

DIAGNOSTICOS

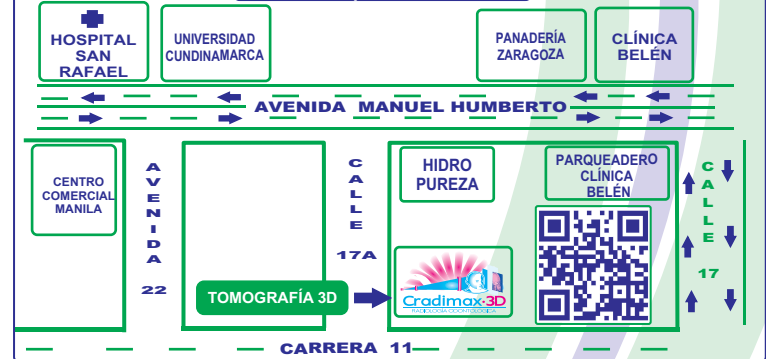
- ☐ Cefalometria Computarizada
- ☐ Steiner ☐ McNamara
- ☐ Bimler ☐ Rickttes
- ☐ Otros _____

FUSAGASUGA

SEDE PRINCIPAL FUSAGASUGA



SEDE 2 (BALMORAL)



CONSENTIMIENTO INFORMATIVO

Se me ha explicado el propósito del examen, la técnica por utilizar, las ventajas, desventajas complicaciones, molestias y riesgos que puedan producirse. Convengo en acatar las instrucciones para la toma del examen.

Certifico que he leído, entendido y acepto cabalmente lo anterior.

Una vez recibida la imagen, no se entregaran copias.

Firma del paciente _____

☐ PAQUETE PARA REHABILITACIÓN

☐ PAQUETE PARA PERIODONCIA