

# RADIOLOGICO DIGITAL ILARCO M.C.D.

ILARCO Avenida Suba No.115 - 22 Edf. ILARCO 2 - Tel.: 601 226 9862

Cel.: 304 239 9992 - 310 666 5502

(Diagonal a Estación Shaio)

Horario de atención Lunes a Viernes 8 am a 4 pm Sábados 8 am a 12 m sin cita previa

FECHA

NOMBRE

DIRECCION

DOCTOR

F / NACIMIENTO

CEDULA

TELEFONO

TELEFONO

## EXTRAORALES

- ☐ PANORAMICA
- ☐ PERFIL
- ☐ ANTEROPOSTERIOR
- ☐ POSTEROANTERIOR
- ☐ CARPOGRAMA
- ☐ SENOS MAXILARES
- ☐ ATM TEC. PANOREX
- ☐ WATERS

## RADIOGRAFIAS DIGITALES

|      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      |   |   |   |   |   |      |
|------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|------|---|---|---|---|---|------|
| DER. | 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | IZQ. |   |   |   |   |   |      |
|      | 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 |      |   |   |   |   |   |      |
| 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 |      |

## INTRAORALES

- ☐ PERIAPICAL COMPLETO
- ☐ PARCIAL
- ☐ CORONAL IZQUIERDA
- ☐ CORONAL DERECHA
- ☐ OCLUSAL 

Sup. ☐

Inf. ☐

Observaciones: \_\_\_\_\_

## FOTOGRAFIA

Papel ☐

CD ☐

1:1 ☐

## EXTRAORAL

- ☐ FRENTE
- ☐ PERFIL DERECHO
- ☐ PERFIL IZQUIERDO
- ☐ SONRISA
- ☐ BASE NARIZ
- ☐ 3/4 DERECHO
- ☐ 3/4 IZQUIERDA
- ☐ NATURAL 1-1



## INTRAORAL

- ☐ OCLUSIÓN DE FRENTE
- ☐ OCLUSIÓN DERECHA
- ☐ OCLUSIÓN IZQUIERDA
- ☐ ARCO SUPERIOR
- ☐ ARCO INFERIOR
- ☐ OVER - JET
- ☐ OVER - BITE

## MODELOS

- ☐ TRABAJO
- ☐ ESTUDIO
- ☐ ANALISIS DE MODELOS 3D
- ☐ ENTREGA ADICIONAL DC

## PAQUETE DE ORTODONCIA BÁSICO

| Cantidad | Detalle                 |
|----------|-------------------------|
| 1        | Radiografía Panorámica  |
| 1        | Radiografía de Perfil   |
| 5        | Fotografías Intraorales |
| 3        | Fotografías Extraorales |
| 1        | Análisis Cefalométrico  |
| 1        | Carpeta                 |

## PAQUETE DE ORTODONCIA PLUS

| Cantidad | Detalle                                 |
|----------|-----------------------------------------|
| 1        | Radiografía Panorámica                  |
| 1        | Radiografía de Perfil                   |
| 5        | Fotografías Intraorales                 |
| 3        | Fotografías Extraorales                 |
| 1        | Modelos de Estudio                      |
| 1        | Cefalometría Digital<br>(computarizada) |
| 1        | Carpeta                                 |

## REHABILITACIÓN PERIAPICAL COMPLETO

| Cantidad | Detalle                                                                  |
|----------|--------------------------------------------------------------------------|
| 1        | Juego Periapical Completo                                                |
| 1        | Juego de Modelos de Trabajo                                              |
| 8        | Fotografías<br>(Intraorales y/o Extraorales,<br>según sus indicaciones). |
| 1        | Carpeta                                                                  |

## PAQUETE VIRTUAL CD

### Panorámica Perfil - 8 Fotos - Análisis Cefalométrico

1. SI ESTÁ EMBARAZADA O SOSPECHA ESTARLO, COMUNÍQUELO ANTES DEL PROCEDIMIENTO AL TÉCNICO EN RADIOLOGÍA
2. PARA RADIOGRAFÍAS DEBE RETIRAR CUALQUIER OBJETO METÁLICO DEL CUELLO HACIA ARRIBA.
3. PARA RADIOGRAFÍAS Y/O FOTOGRAFÍAS DEBE TRAER EL CABELLO RECOGIDO, FRENTE Y OÍDOS DESCUBIERTOS.
4. LOS PAQUETES DE DIAGNÓSTICO Y ORTODONCIA, LOS MODELOS Y FOTOGRAFÍAS SE ENTREGARÁN DOS DÍAS DESPUÉS
5. LAS RADIOGRAFÍAS SE ENTREGARÁN 15 MINUTOS DESPUÉS DE SER TOMADAS.
6. PARA RADIOGRAFÍAS Y MODELOS, SI TIENE PRÓTESIS O APARATOLOGÍA REMOVIBLE, PREGUNTE A SU ODONTÓLOGO SI LA TOMA DE LOS EXAMENES SE REALIZA CON ESTOS.
7. PARA FOTOGRAFÍAS O RADIOGRAFÍAS EXTRAORALES PIDA A SU ODONTÓLOGO LE INDIQUE SU OCLUSIÓN CORRECTA



**UBICACION RADIOLOGICO DIGITAL  
MAXILO FACIAL - ILARCO.**