

SOLICITUD DE AYUDAS DIAGNÓSTICAS

Nombre: _____ Fecha: _____

No. Identificación: _____ E-mail: _____

Fecha nacimiento: _____ Edad: _____ Teléfono: _____

Nomenclatura Adulto

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Nomenclatura Niños

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

INTRAORAL

Periapical dientes: _____
 Periapical Total
 Bitewing / Aleta de mordida Derecha Izquierda
 Oclusal Superior Inferior

OPCIÓN DE ENTREGA

Con informe Sin informe
 Con informe Sin informe
 Con informe Sin informe
 Con informe Sin informe

EXTRAORAL 2D

Telerradiografía / Cefálica Lateral Anteroposterior
 Panorámica
 Radiografía Mano / Carpo
 Otro: _____

OPCIÓN DE ENTREGA

Con informe Sin informe
 Placas impresas
 Enviar por E-mail

EXTRAORAL 3D - TOMOGRAFÍA CBCT

Bimaxilar
 Maxilar
 Mandibular
 Por zona: _____ (Máximo de 3plazas inmediatas)
 ATM Boca abierta Boca Cerrada
 Otro: _____

OPCIÓN DE ENTREGA

Con informe Sin informe
 Placas impresas
 Placas PDF e informe por E-mail
 CD con visualizador
 DICOM nativos
 CD E-mail

Visualizador I - Dixel, compatible con Windows

ANÁLISIS CEFALOMÉTRICO Y FOTOGRAFÍA

Clark McNamara Ricketts
 Jarabak Steiner Roth
 Sassouni + Otro: _____
 Fotografía Clínica

OPCIÓN DE ENTREGA

Impreso
 Enviar por E-mail

OBSERVACIONES

PROFESIONAL REMITENTE

Nombre: _____
 No. De Identificación: _____
 E-mail: _____
 Firma: _____

Dr. Andrés Felipe Arias Ramírez
 Odontólogo
 Especialista Radiología Dento Maxilo Facial

Entregas: Con informe - 2 días hábiles; Fotografía Clínica - 2 días hábiles; Sin Informe - Inmediata.

PREPARACIÓN PARA EXAMENES DE RADIOLOGÍA, ORAL Y MAXILOFACIAL

- 1 Antes de cualquier radiografía, se debe indagar si se encuentra en estado de gestación o si está o estuvo recientemente en tratamiento de quimioterapia o radioterapia.
- 2 Antes de cualquier procedimiento debe retirarse objetos y accesorios metálicos removibles según la zona radiográfica a analizar.
- 3 El día del estudio se debe realizar una adecuada higiene oral. En caso de que el paciente venga directamente de una de cita odontológica, debe enjugarse muy bien la boca para que no aparezcan residuos en las imágenes.
- 4 Los pacientes con limitación de movilidad, mayores de 60 años y/o déficit neurológico deben venir acompañados de su acudiente.
- 5 Los pacientes deben presentar la orden vigente para el estudio .

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Según los datos personales registrados en la presente orden, doy consentimiento para que me sea realizado el procedimiento por EXPOSICION A RADIACION IONIZANTE. Se me ha facilitado la información, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a, según disponen los artículos 15 y 16 de la ley 23 de 1981, por la cual se dictan normas en materia de ética médica. Declaro que he recibido respuesta a todas mis preguntas y he tomado la decisión de manera libre y voluntaria de proceder a la realización del examen.

Paciente/Acudiente: _____

Firma: _____

UBICACIÓN



CÓDIGO DE CONVENIO: