



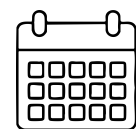
ILUMINARE
Dental Imaging Technology



Cra 7c Bis # 139 - 18
Edificio GIA 140
Oficina 201



301 800 2990 - 320 306 0848



Lunes - Viernes 8am - 5pm
Sábado 8am-12m



www.iluminaredental.com



iluminare.dit@gmail.com



iluminare.dit

Tecnología de da luz a tu diagnóstico

Fecha: _____ Paciente: _____ ID: _____ Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____

Doctor (a): _____ ID: _____ Especialidad: _____

Teléfono: _____ Dirección: _____ E-mai: _____

IMÁGENES 2D RADIOGRAFÍAS INTRAORALES

PERIAPICALES

- Periapical Parcial
- Periapical Milimetrada
- Juego Periapical Completo

CORONALES

- Individual
- Juego Completo
- Der.
- Izq.



IMÁGENES 2D RADIOGRAFÍAS EXTRAORALES

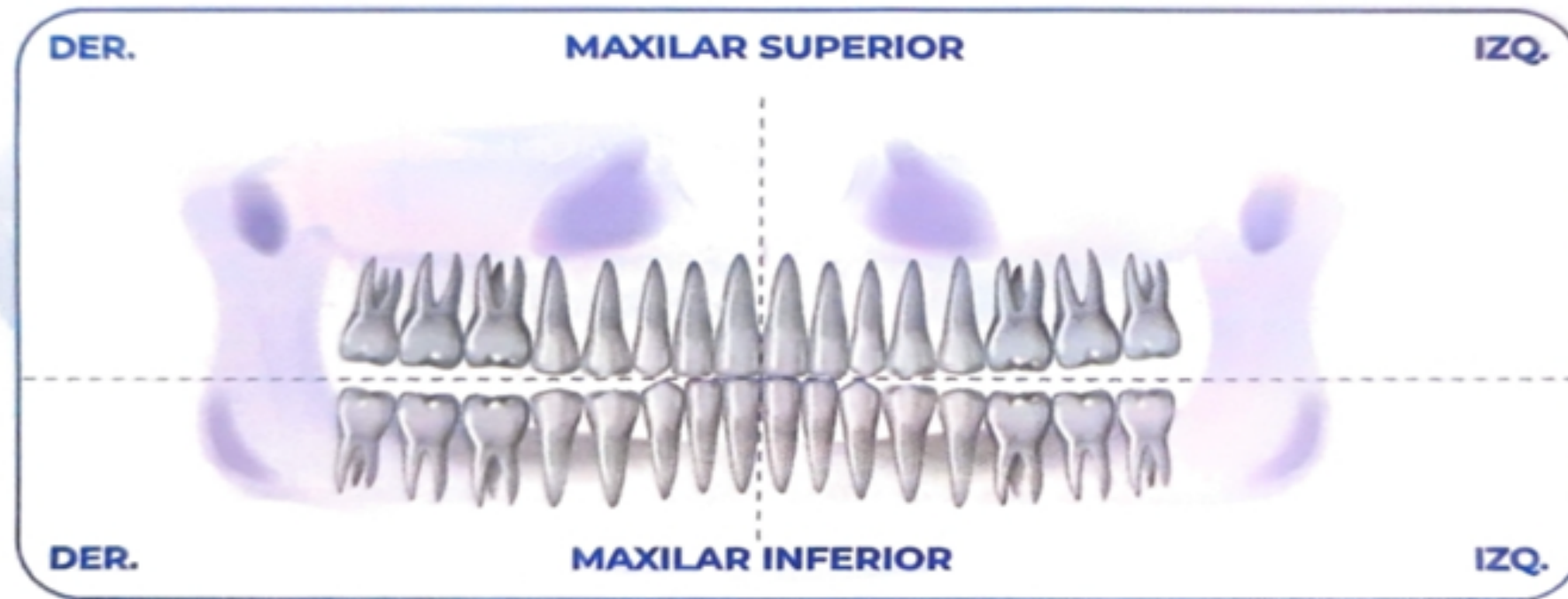
- Panorámica
- Panorámica por cuadrante
- Perfil Estandar
- Perfil cráneo completo
- Perfil vias respiratorias
- Antero-Posterior
- ATM Boca Abierta-Cerrada
- Senos Paranasales
- Carpograma

ANALISIS CEFALOMETRICO

- Steiner
- Mc Namara
- Ricketts
- Jarabak
- Otro: _____

Observaciones: _____

IMÁGENES 3D TOMOGRAFÍAS CBCT



- ☐ Bimaxilar
- ☐ Zona 3 Dientes: _____
- ☐ Maxilar Superior
- ☐ Maxilar Inferior
- ☐ Senos Paranasales
- ☐ ATM
- ☐ Lecturas

Observaciones: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Doy mi consentimiento informado para que se realice este procedimiento, entiendo que se realiza por medio de radiación ionizante en forma de rayos X para proporcionar una información diagnóstica. Certifico que he leído, entendido y aceptado lo anterior.

RECOMENDACIONES

- Antes de presentarse a su examen debe realizar la correcta higiene de sus dientes y/o prótesis.
- Si usa prótesis o algún aparato removible, pregunte a su odontólogo si debe retirarlo antes del examen o lo requiere para el procedimiento.
- Si presenta lesiones en boca o síntomas de gripe re programe su cita.
- Informe antes del procedimiento si cuenta con algún elemento de metal en boca.
- Informe si se encuentra en embarazo antes del procedimiento.

IMÁGENES 2D FOTOGRAFÍAS

EXTRAORALES

- ☐ Frente
- ☐ Sonrisa
- ☐ Perfil Der.
- ☐ Perfil Izq.
- ☐ 3/4 Derecho
- ☐ 3/4 Izquierdo
- ☐ Base nariz

INTRAORALES

- ☐ Oclusión Frente
- ☐ Oclusión Der.
- ☐ Oclusión Izq.
- ☐ Arco superior
- ☐ Arco Inferior
- ☐ Over Jet

OTROS

- ☐ Escaner Intraoral
- ☐ Modelos Digitales
- ☐ Archivos STL
- ☐ Archivos PLY

ORTODONCIA

PAQUETE 1

- ☐ Panorámica
- ☐ Perfil
- ☐ Modelos Digitales

PAQUETE 2

- ☐ Panorámica
- ☐ Perfil
- ☐ 8 Fotos

PAQUETE 3

- ☐ Panorámica
- ☐ Perfil
- ☐ 8 Fotos
- ☐ Cefalometría

PAQUETE 4

- ☐ Panorámica
- ☐ Perfil
- ☐ 8 Fotos
- ☐ Cefalometría
- ☐ Modelos Digitales

OTROS
