



Sede Sandiego  
Centro Comercial Sandiego. Calle 34 N°43 - 66  
Bloque Norte Oficina 231 Tel: 262 82 47.  
Medellín - Antioquia.

Sede Bello  
Centro Comercial Metrobello.  
Cra 50 N° 50 -15 Oficina 328 Tel: 272 92 63.  
Bello - Antioquia.

Sede Rionegro  
Centro Comercial Savanna Plaza.  
Calle 42 N°56 - 39 Oficina 504 Tel:531 98 31.  
Rionegro - Antioquia.

**Dr. Germán Aguilar Méndez**  
**Dra. Olga Liliana Aguilar Méndez**  
**Radiólogos Maxilofaciales U. de Chile.**

PACIENTE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

DOCTOR(A): \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

### ESTUDIOS RADIOGRÁFICOS EXTRAORALES DIGITALES

ESCOJA EL FORMATO

Impreso  CD  e-mail

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Panorámica Digital  | <input type="checkbox"/> Con Filtro Óseo                          |
| <input type="checkbox"/> Panorámica Digital 1:1  | <input type="checkbox"/> Con Filtro Óseo                          |
| <input type="checkbox"/> Panorámica Tomográfica  |   |
| <input type="checkbox"/> Panorámica 3D   |   |
| <input type="checkbox"/> Cefálica Lateral  | <input type="checkbox"/> Con análisis cefalométrico computarizado |
| <input type="checkbox"/> 7° Vértebra Cervical  | Especial cuál _____   |
| <input type="checkbox"/> Cefálica Posteroanterior                                      | <input type="checkbox"/> Con análisis cefalométrico computarizado |
| <input type="checkbox"/> Carpograma  |   |
| <input type="checkbox"/> Watters ( Para senos maxilares)                               |   |
| <input type="checkbox"/> Candwell (Para senos frontales y etmoidales)                  |   |
| <input type="checkbox"/> Clementish (Para ramas mandibulares)                          |   |
| <input type="checkbox"/> Submentovértex (Para ángulos condiliares o arcos cigomáticos) |   |

### ESTUDIOS ESPECIALIZADOS DIGITALES

ESCOJA EL FORMATO

Impreso  CD  Dicom  e-mail

- |  |                           |
|--|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tomografía Cone Beam                          | Max. Sup ___ Max. Inf ___ |
| <input type="checkbox"/> Tomografía Cone Beam para piezas incluidas    | Zona _____                |
| <input type="checkbox"/> Tomografía Cone Beam para piezas Individuales | Zona _____                |
| <input type="checkbox"/> Tomografía Cone Beam para ATM                 |                           |
| <input type="checkbox"/> Tomografía Cone Beam para senos paranasales   |                           |
| <input type="checkbox"/> ATM comparativa boca abierta boca cerrada     |                           |
| <input type="checkbox"/> Radiografía Coronal ATM                       |                           |

- |                                      |   |                     |
|--------------------------------------|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Sialografía | <input type="checkbox"/> Glándula Parótida      | Der _____ Izq _____ |
|                                      | <input type="checkbox"/> Glándula Submandibular | Der _____ Izq _____ |

Sólo en Imágenes & Especialistas, Radiografías con diagnóstico profesional

Síguenos en | |

[www.imagenesy ESPECIALISTAS.com](http://www.imagenesy ESPECIALISTAS.com)

### ESTUDIOS RADIOGRÁFICOS INTRAORALES

ESCOJA EL FORMATO

Impreso  CD  e-mail

- Serie Periapical
- Periapical Individual \_\_\_\_\_
- Bite Wing (Incluye 2 Radiografías)
- Bite Wing (Incluye 4 Radiografías)
- Oclusal Superior \_\_\_\_\_ Inferior \_\_\_\_\_
- Estudio de deslizamiento periapical para localización de piezas incluidas y reabsorciones radiculares Pieza(s) N° \_\_\_\_\_

### ESTUDIOS FOTOGRÁFICOS

ESCOJA EL FORMATO

Impreso  CD  e-mail

- Serie Fotos Digitales
- Foto individual. Especifique cual:
- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Frente           | <input type="checkbox"/> Sonrisa       | <input type="checkbox"/> Perfil                  |
| <input type="checkbox"/> Oclusión         | <input type="checkbox"/> Oclusión sup. | <input type="checkbox"/> Oclusión inf.           |
| <input type="checkbox"/> Lateral der.     | <input type="checkbox"/> Lateral izq.  | <input type="checkbox"/> Acercamiento de sonrisa |
| <input type="checkbox"/> Oclusión abierta | <input type="checkbox"/> Over Jet      |  |

### MODELOS

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Modelos de Estudio   | Sup. _____ Inf. _____ |
| <input type="checkbox"/> Modelos de Trabajo   | Sup. _____ Inf. _____ |
| <input type="checkbox"/> Modelos de Virtuales |                       |

### PAQUETES RADIOGRÁFICOS

ESCOJA EL FORMATO

Impreso  CD  e-mail

- Paquete 1: Panorámica - Cefálica - Análisis Cefalométrico
- Paquete 2: Panorámica - Cefálica - Modelos de Estudio
- Paquete 3: Panorámica - Cefálica - Análisis Cefalométrico - Modelos de Estudio
- Paquete 4: Panorámica - Cefálica - Análisis Cefalométrico - Modelos de Estudio y Serie de Fotos
- Paquete 5: Panorámica - Cefálica - Serie de Fotos - Modelos de Estudio
- Paquete 6: Estudio Completo digital para Ortodoncia

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

Lugar de envío de los estudios (dirección): \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

### LEER CON ATENCIÓN

**Riesgos de radiación al tomar radiografías:** La dosis de radiación al tomar radiografías dentales es muy pequeño, y la posibilidad de que contribuya al desarrollo de una enfermedad es casi baja o nula. Riesgos en la toma de impresiones dentales: Existe probabilidad de náuseas. Puede existir riesgo bajo de bronco aspiración por material o vómito, caída de brackets, de coronas o temporales con débil cementación. En la toma de fotografías clínicas puede haber leve laceraciones de los tejidos y enrojecimiento momentáneo al rededor de los labios. Recuerde que si usted está en estado de embarazo o cree estarlo, debe informarlo antes de que le realicen el procedimiento. Declaro que e leído las consideraciones anteriores y apruebo la realización de los exámenes.

\_\_\_\_\_  
FIRMA