

Paciente: _____ C.C.: _____

Edad: _____ Tel: _____

Doctor: _____ Especialidad: _____

Correo Doctor: _____

FECHA

DD MM AAAA

RADIOLOGÍA

-Intraorales

DER. 87654321 | 12345678 IZQ.
87654321 | 12345678

- ☐
- Periapical Milimetrada
-
- ☐
- Periapical Parcial
-
- ☐
- Periapical Completo
-
- ☐
- Corónales

-Extra Orales

- ☐
- Panorámica
-
- ☐
- Perfil
-
- ☐
- Antero Posterior
-
- ☐
- Postero Anterior
-
- ☐
- Carpograma
-
- ☐
- Submenton Vertex
-
- ☐
- Proyección Waters
-
- ☐
- ATM
-
- ☐
- Senos Maxilares

TOMOGRAFÍA 3D

DER. 87654321 | 12345678 IZQ.
87654321 | 12345678

- ☐
- Zona 3 Diente (s)
-
- ☐
- Maxilar Superior
-
- ☐
- Maxilar Inferior
-
- ☐
- Terceros Molares
-
- ☐
- Maxilar Superior e Inferior
-
- ☐
- Senos Paranasales
-
- ☐
- ATM
-
- ☐
- Ramas Mandibular
-
- ☐
- Medidas Implantes

FORMATO DE ENTREGA
(Solo correo electrónico)

Diligencie acá su correo electrónico

FOTOGRAFÍA

-Intraorales

- ☐
- Oclusión Frontal
-
- ☐
- Oclusión Derecha
-
- ☐
- Oclusión Izquierda
-
- ☐
- Arco Inferior
-
- ☐
- Over-Bite
-
- ☐
- Over-Jet
-
- ☐
- Línea Media
-
- ☐
- Arco superior

-Extra Orales

- ☐
- Frente
-
- ☐
- Sonrisa
-
- ☐
- Perfil Derecho
-
- ☐
- Perfil Izquierdo
-
- ☐
- Tamaño 1/1
-
- ☐
- 3/4 Derecha
-
- ☐
- 3/4 Izquierda
-
- ☐
- Basal
-
- ☐
- Base Nariz
-
- ☐
- Postal

PAQUETES DIAGNÓSTICOS

- ☐
- Básico con Modelo Digital
-
- ☐
- Paquete Maxi Ortodoncia
-
- ☐
- Paquete Ortodoncia Básica
-
- ☐
- Paquete Mini-Ortodoncia
-
- ☐
- Paquete Periodoncia
-
- ☐
- Paquete Restauración
-
- ☐
- Paquete Cirugía
-
- ☐
- Análisis Cefalométrico

LABORATORIO

- ☐
- Solo Modelos Digitales
-
- ☐
- Modelos de Trabajo Yeso Tipo III
-
- ☐
- Placa Neuromiorelajante
-
- ☐
- Nuevo Producto Modelos Digitales

PAQUETE DE CIRUGÍA

- ☐
- Rx Perfil
-
- ☐
- Rx Panorámica
-
- ☐
- Rx Antero - Posterior
-
- ☐
- 7 Fotos Intraorales
-
- ☐
- 3 Fotos Extraorales 1:1
-
- ☐
- Modelos de Trabajo Digital
-
- ☐
- 2 Cefalometrías Laterales
-
- ☐
- 1 Cefalometría Antero - Posterior

PAQUETE ALINEADORES

- ☐
- Rx Perfil
-
- ☐
- Rx Panorámica
-
- ☐
- 8 Fotos
-
- ☐
- 1 Estudio Cefalométrico

RECOMENDACIONES AL PACIENTE

- Antes de tomar los exámenes debe cepillar sus dientes correctamente.
- Pida a su Odontólogo le indique su oclusión correcta.
- Si usa prótesis o algún aparato removible, pregunte a su odontólogo si para la toma de los exámenes es necesario que los retire o no.
- Si usted está embarazada o supone estarlo, por favor comunicarlo al técnico
- Para fotografía debe traer el cabello recogido, frente y orejas descubiertas en lo posible sin maquillaje.
- El tiempo aproximado de la toma de los paquetes es de 45 minutos.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES IMAGENOLÓGICOS

Yo _____, en calidad de Paciente() o Representante() Cédula N° _____ identificado(a) como aparece al pie de mi firma; manifiesto por medio del presente documento en pleno y normal uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento a Nova Scan y al equipo que este disponga (odontólogo, técnico radiológico o auxiliar de odontología con capacitación y entrenamiento), a realizar la toma de exámenes requeridos por mi Odontólogo(a), comprendiendo que recibiré exposición a radiación ionizante en odontología muy baja.

Nova Scan toma las medidas de protección adecuadas de las zonas que pueden ser irradiadas; de igual forma en las radiografías intra-orales o en la toma de impresiones o fotografías puede haber riesgo de laceración en la mucosa oral, lengua o piso de boca por los adentamientos utilizados en los procesos.

La toma de radiografías será utilizada única y exclusivamente para identificación del odontólogo tratante; de los cuales ejercemos pleno control y custodia de la información.

Nombre de Paciente o Representante: _____

No. de Identificación: _____

Correo: _____