

KIREI

RADIOLOGÍA DENTAL

SEDE
Cra. 50 # 79 - 41 local 02
☎ 3186734542
@kireiradiologia
kireiradiologia@hotmail.com

HORARIO DE ATENCIÓN
Lunes a Viernes 8:00 a.m a 5:00 p.m
Sábados: 8:00 a.m a 12:30 p.m

Fecha: _____ Paciente: _____ Edad: _____

C.C. _____ Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____ Lectura por Radiólogo Enviar por e-mail

Doctor: _____ Teléfono: _____ E-mail: _____

RX INTRAORALES

1 2
V IV III I II III V
87654321 | 12345678
87654321 | 12345678
V IV III I II III V
4 3

- DIGITAL
 MILIMETRADA
PERIAPICAL
 PARCIAL (Marcar diagrama)
 COMPLETO
 COMPLETO CORONALES

CORONALES

- JUEGO DE CORONALES
 CORONAL INDIVIDUAL
 Derecho Izquierda

RX EXTRAORALES

- PANORÁMICA
 PANORÁMICA POR CUADRANTE
1 2
4 3
 PERFIL LATERAL CRÁNEO
 ANTERO-POSTERIOR
 ATM (B-A)-(B-C)
 CARPOGRAMA (Edad Ósea)

MODELOS

- MODELOS DE ESTUDIO
 MODELOS DE TRABAJO
 MODELOS DE ESTUDIO Y DE TRABAJO

FOTOGRAFÍA CLÍNICA

- JUEGO COMPLETO 10 FOTOS

TRAZOS CEFALOMÉTRICOS

- STEINER DOWNS
 JARABAK RICKETTS
 TWEED LEGAN (TB-TD)
 BIMLER GRUMMONS
 MACNAMARA
 PERSONALIZADO
 OTRO _____

ESTUDIOS DE DIAGNOSTICO DIGITALES

DIAGNÓSTICO ORTODONCIA

- ESTUDIO 1
RX PANORÁMICA
RX PERFIL
FOTOGRAFIA CLINICA 10 FOTOS
MODELOS DE ESTUDIO
TRAZO CEFALOMÉTRICO
 ESTUDIO 2
RX PERIAPICAL COMPLETO
RX PERFIL
FOTOGRAFIA CLINICA 10 FOTOS
MODELOS DE ESTUDIO
TRAZO CEFALOMÉTRICO
 ESTUDIO 3
RX PANORÁMICA
RX PERFIL
FOTOGRAFIA CLINICA 10 FOTOS
TRAZO CEFALOMÉTRICO
 ESTUDIO 4 (BÁSICO)
RX PANORÁMICA
RX PERFIL
FOTOGRAFIA CLINICA 10 FOTOS
 ESTUDIO 5
RX PANORÁMICA
FOTOGRAFÍA CLINICA 10 FOTOS

Observaciones: _____

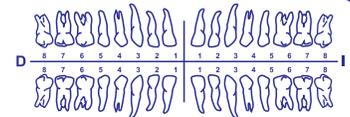
KIREI

RADIOLOGÍA DENTAL



TOMOGRAFIA CONE BEAM 3D

- DX INICIAL
 IMPLANTES
 PATOLOGÍA (Quistes, Tumores, et.)
 DIENTES IMPACTADOS # _____
 ENDODONCIA
 SENOS MAXILARES
 ORTODONCIA
 TERCEROS MOLARES # _____
 VIAS AERÉAS
 OTROS _____



LECTURA Incluye software de visualización con herramientas de planeación quirúrgica y librería de implantes de diferentes marcas.

ZONA DE ESTUDIO

- DIENTE UNICO _____
 ZONA 3 DIENTES
 ZONA POR CUADRANTE
 MAXILAR SUPERIOR
 MAXILAR INFERIOR
 BIMAXILAR
 ATM

FORMATO DE ENTREGA

- CD. VISOR
 CD. FORMATO DICOM

OBSERVACIONES _____

ANTES DE INICIAR EL EXAMEN.

RECOMENDACIONES: Mantenga una buena higiene oral antes de presentarse al examen, retirar todo elemento metálico del cuello hacia arriba. Si tiene lesiones bucales o gripa por favor posponga el examen.

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES: Consiento y autorizo a KIREI RADIOLOGÍA de manera previa, expresa e inequívoca que mis datos personales sean tratados conforme a lo previsto disposiciones de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto reglamentario 1377 de 2013 que desarrollan el derecho de habeas data.

Declaro que he leído y entendido las recomendaciones dadas y conozco los riesgos del procedimiento, adicionalmente certifico que me encuentro en óptimas condiciones de salud para la realización de examen y autorizo la toma del mismo.

NOMBRE LEGIBLE DEL PACIENTE: _____

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____

FIRMA Y CEDULA DEL PACIENTE O TUTOR LEGAL DEL MENOR DE EDAD: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Como usuario usted tiene derecho a ser informado de los beneficios y riesgos derivados de un examen diagnóstico. El propósito de esta información es que usted conozca el procedimiento radiológico y pueda tomar la decisión libre y voluntaria de autorizar o rechazar dicho procedimiento.

BENEFICIOS: Obtener una imagen detallada de una determinada zona de la cavidad oral, que le permita al profesional tratante diagnosticar diferentes patologías. La exposición a la radiación es muy baja y esta acorde con la dosis propuesta por UNCEAR Y ARCAL.

RIESGOS Y COMPLICACIONES: Emesis, náuseas, leve exposición a radiación, molestia y/o dolor en el área expuesta, reacción alérgica a algún material, dolor articular mandibular.

SI USTED ESTA EN EMBARAZO O SOSPECHA ESTARLO POR FAVOR INFORME A NUESTRA AUXILIAR DE SALUD ORAL