

La imagen digital de tu sonrisa

Paciente. _____ C.C. _____ Fecha de nacimiento _____
EPS. _____ Cel. _____ Dirección _____ E-mail _____

RADIOGRAFIAS DIGITALES 2D

RADIOGRAFIAS EXTRAORALES

- PANORAMICA
 PERFIL
 A.P. DE CRANEO
 CARPOGRAMA
 SENOS PARANASALES

RADIOGRAFIAS INTRAORALES



- PERIAPICAL PERIAPICAL COMPLETO

A.T.M. BOCA ABIERTA BOCA CERRADA

CEFALOMETRIA CEFALOMETRIA COMPUTARIZADA DE (autor)

MODELOS MODELO DE ESTUDIO MODELOS DE TRABAJO

FOTOS EXTRAORALES FOTOS INTRAORALES

FORMA DE ENTREGA

EMAIL

PAQUETE COMPLETO DE ORTODONCIA

- 1 RADIOGRAFÍA PANORÁMICA
1 RADIOGRAFÍA DE PERFIL
1 JUEGO DE MODELOS DE ESTUDIO
1 ANÁLISIS CEFALOMÉTRICO
8 FOTOS

PAQUETE BÁSICO DE ORTODONCIA

- 1 RADIOGRAFÍA PANORÁMICA
1 RADIOGRAFÍA DE PERFIL
1 ANÁLISIS CEFALOMÉTRICO
8 FOTOS

MINI PAQUETE DE ORTODONCIA

- MINI PAQUETE 1
PANORAMICA Y FOTOS
 MINI PAQUETE 2
PANORAMICA PERFIL
Y CEFALOMETRIA

MOTIVO DE ESTUDIO

TOMOGRAFIA 3D (CONE BEAM)

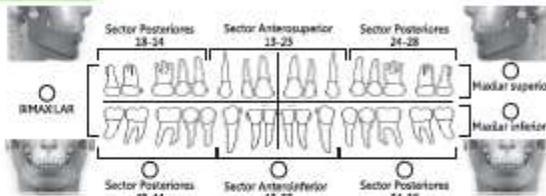
BIMAXILAR

MAXILAR

MANDIBULAR

SEGMENTO: DEL _____ AL _____

SENOS PARANASALES



ATM BOCA
ABIERTA / CERRADA

PAQUETE DIAGNOSTICO BÁSICO REHABILITACIÓN ORAL

- RADIOGRAFÍA PANORÁMICA
 FOTOS
 SCANNER

IMPRESIÓN DIGITAL 3D

- SCANEO BIMAXILAR
 SCANEO MONOMAXILAR
 SCANEO GUÍAS QUIRÚRGICAS

PAQUETE BÁSICO PERIODONTAL

- RADIOGRAFÍA PANORÁMICA
 TOMOGRAFÍA BIMAXILAR

PAQUETE ORTODONCIA INVISIBLE

- RX PANORÁMICA
 RX PERFIL
 SCANNER BIMAXILAR
CON REGISTRO DE
MORDIDA
FOTOS INTRA Y EXTRA
ORALES.

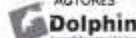
OBSERVACIONES PARA LA TOMOGRAFIA





LISTA DE ANALISIS CEFALOMETRICOS

STEINER	MILLARD	HOLLMAN
RICKETTS	DELAIRE	MAHONEY
Mc NAMARA	HOLDAWAY	OSBORNE
DOWNES	MOSHIRI SURGICAL	WILSON
JARABAK	TWEED	VER OTROS
BURSTONE	DONOVAN	AUTORES
SASSOUNI	ECHVERRIA	
BJORK	HERZBERG	



Estimado usuario: los datos suministrados en este formato son necesarios para dar de alta su información en nuestros sistemas y registros. En cumplimiento de lo determinado en la Ley 1581 de 2012 y su Decreto reglamentario 1377 de 2013, tiene el compromiso y la obligación con pacientes, colaboradores, proveedores y terceros, de obtener la previa, expresa e informada autorización de cada uno para que nos permitan recoger, capturar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar y analizar la información y datos que nos hayan proporcionado: información que actualmente existe en las bases de datos de la empresa. Informamos que los registros y datos proporcionados serán usados en la ejecución de nuestras obligaciones, para prestar nuestros servicios, ponemos en contacto con usted (es), ofrecerles nuevos servicios y productos relacionados con nuestra actividad y las de nuestro grupo económico, alianzas y en general, para el desarrollo de nuestras actividades cotidianas en distintas áreas, incluso, de orden legal. El titular del dato registra o entrega su información de manera libre y voluntaria y reconoce lo que ha leído y aceptado. Es necesario recordar que la información consignada en las Historias Clínicas, a la que alude la Resolución No. 1995 de 1999 del Ministerio de Salud, no podrá eliminarse, ni aun a petición del titular por disposición de ley. Tampoco los datos que conforman los registros y/o datos del registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), reglamentados por la Resolución 3374 de 2000 del MinSalud

ACEPTACIÓN DE TERMINOS, CONDICIONES Y POLITICA DE TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES

SI NO Firma Usuario _____
CC. _____

RECOMENDACIONES

Si se encuentra en estado de EMBARAZO o cree estarlo por favor hágaselo saber al encargado de la radiología.

No olvide cepillar sus dientes antes de tomarse los exámenes.

Por favor retirar los objetos metálicos de su cabeza y cuello (Ganchos, aretes, cadenas)

En caso de usar PROTESIS o APARATOS REMOVIBLES pregunte a su odontólogo si este debe ser retirado para los exámenes.

Para tomografía debe traer el cabello recogido con frente y orejas descubiertas.

NOTA

Los paquetes de estudio (modelos y fotografías) serán entregados 72 horas después de ser tomados.

Las radiografías serán entregadas 10 minutos después de ser tomadas.

Si los exámenes no han sido retirados 60 días después de su toma CROM DIGITAL 3D no se hace responsable por estos.

Las tomografías se enviarán digitalmente 10 min después de realizado el estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO IMÁGENES RADIOLÓGICAS

En mi calidad de paciente y en pleno uso de mis facultades DECLARO: Que el personal técnico de la institución CROM DIGITAL 3D me ha explicado que es conveniente en mi situación, procederá la realización de una radiografía informando que:

- 1 El propósito de esta prueba diagnóstica es obtener una imagen detallada de una zona de la cavidad oral, maxilares, huesos de la cara y cráneo en la que observaremos diferentes piezas dentarias y tejidos que la rodean.
- 2 El objetivo de estas técnicas es conseguir una imagen que nos permita diagnosticar diferentes patologías y/o con fines diagnósticos para procedimientos de las especialidades odontológicas.
- 3 Entiendo que la práctica de la odontología se apoya en estudios de imágenes radiográficas que permiten tomar decisiones más precisas y acertadas.
- 4 Comprendo que la exposición a la radiación utilizando este tipo de técnicas radiológicas es muy baja aunque el facultativo intentara hacer siempre el menor número de placas posible.
- 5 Me informaron sobre el tiempo aproximado que durará el procedimiento, garantizando la confidencialidad, el resguardo de la información y mi intimidad o la de mí representado(a).
- 6 Durante la radiografía debo estar solo, sin moverme en la posición que me ha explicado el personal técnico. En el caso de que no pudiera realizar este procedimiento yo solo, necesitaría la ayuda de un familiar que nunca sería una mujer embarazada.
- 7 Comprendo que se trata de un procedimiento que puede ser realizado por personal técnico debidamente autorizado.
- 8 Existen elementos que tienen por objetivo reducir la radiación sobre zonas importantes del organismo como pueden ser los protectores plomados.
- 9 Debo informar al personal técnico condiciones particulares como estado de embarazo y cualquier otra condición particular en la cual este contraindicado la exposición a radiación.
- 10 El personal técnico me ha explicado las indicaciones a seguir previas a la realización del procedimiento las cuáles he comprendido y me comprometo a cumplirlas.
- 11 Me comprometo a retirar las radiografías el mismo día o más tardar 2(dos) semanas, ya que pasados 2 (dos) meses se descartarán las radiografías. Si las radiografías se entregan directamente a la unidad u odontólogo particular la entidad se hace responsable de la entrega oportuna de estas.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, de igual manera el personal que me ha atendido, me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas planteadas.

En tales condiciones, CONSENSO Y AUTORIZO que se realice el procedimiento, y para que conste firmo el presente.

PACIENTE ACOMPAÑANTE

CC: _____

TECNICO _____

CC: _____