

Fecha: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Paciente: _____

c.c.: _____ Edad: _____ Teléfono: _____

Doctor: _____

Horario: Lunes a Viernes de 7:30 a 12:00 m. y 2:00 a 6:00 p.m. Sábados de 8:00 a 1:00 p.m.

RADIOLOGÍA

	V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V							
DER	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	IZQ
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
	V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V							

INTRAORAL

- ☐ Periapical Aumento _____ %
- ☐ Juego periapical completo
- ☐ Coronat: ☐ Derecha ☐ Izquierda
- ☐ Oclusales: ☐ Superior ☐ Inferior

EXTRAORAL

- ☐ Panorámica: (Ortopantomografía)
- ☐ Panorámica: para implante 1.25
- ☐ Perfil (Lateral del Cráneo)
- ☐ Cráneo P.A. (Postero - Anterior)
- ☐ Cráneo A.P. (Antero - Posterior)

CEFALOMETRIA COMPUTARIZADA

- ☐ Senos maxilares
- ☐ Panorex ☐ Waters
- ☐ Carpal (derecha - izquierda)

Especificaciones: _____

A.T.M.

Izq. Der. (Boca abierta - Cerrada)

FOTOGRAFÍA

- ☐ Papel Color ☐ Digitales

EXTRAORAL

- ☐ Frontal Cara
- ☐ Perfil Izquierdo ☐ Perfil derecho
- ☐ Base Nariz ☐ Sonrisa
- ☐ Otras

INTRAORAL

- ☐ Oclusión de frente
- ☐ Oclusión derecha ☐ izquierda
- ☐ Arco superior ☐ Arco inferior
- ☐ Modelo de estudios

ESTUDIOS PARA ORTODONCIA

- ☐ Perfil, panorámicas, fotografías, modelos
- ☐ Duplicados de R.x. ☐ Paquete

FORMA DE ENTREGA

- ☐ CD
- ☐ e-mail: _____

RECOMENDACIONES PARA ESTUDIOS

- Notificar si está en embarazo
- Retirar cualquier elemento metálico del cuello hacia arriba
- Traer el cabello recogido, frente y oídos descubiertos.
- Las radiografías se entregan a los 10 minutos, Tomografía 30 minutos

NOTA IMPORTANTE: EL DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO ES RESPONSABILIDAD DEL DOCTOR QUE REFIERE

TOMOGRFIA VOLUMETRICA 3D

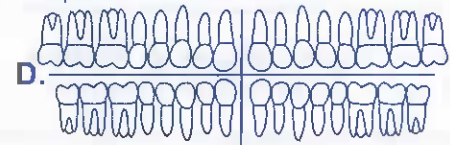
- ☐ Maxilar Superior ☐ Maxilar Inferior ☐ Alta Definición (HD)
- ☐ Bimaxilar ☐ Sextante

FAVOR CIRCULE EL ÁREA DE INTERÉS:



IMPLANTES

Marque la zona de estudio:



- ☐ Terceros molares Vías Aéreas ☐ Senos maxilares
- ☐ Vías Aéreas ☐ ATM
- ☐ Otros (especifique) _____

Forma de entrega de estudio

- ☐ CD visor Galileos ☐ CD Formato Dicom ☐ Acetato

El paciente requiere estudio de planificación de Implantes:

Especifique: Ubicación _____

Marca _____

Dimensión Proyectada _____

OBSERVACIONES: _____



CONSENTIMIENTO INFORMADO ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS

Nombre del Paciente: _____

INFORMACION GENERAL

LA RADIOGRAFIA PERIAPICAL: Muestra uno o dos dientes completos desde la corona hasta la raíz. Se procede a la colocación (dentro de la boca) de placas radiográficas de diferente tamaño que son impresionadas, desde el exterior, por un aparato de rayos X.

RADIOGRAFIA PANORAMICA: requiere una maquina especial que rota alrededor de la cabeza. La radiografía captura los maxilares y los dientes completos en una sola toma.

RADIOGRAFIA DE PERFIL: El paciente se ubica en el equipo quedando solo y debe permanecer inmóvil. Esta proyección ofrece una magnifica vista de la cabeza (cara y cráneo) desde una incidencia lateral.

RADIOGRAFIA PALATAL U OCLUSAL: captura todos los dientes superiores e inferiores en una sola toma mientras la película permanece en la superficie de mordida de los dientes.

TOMOGRAFIA DENTAL 3D: imágenes tridimensionales (3D) de sus dientes, sus tejidos blandos, y de la trayectoria de los nervios y huesos en una sola exploración

CEFALOMETRIA: Permite tener un conocimiento de la morfología, fisiología y patología cráneo-facial y poder individualizar un procedimiento terapéutico. Se realiza sobre un trazado obtenido del calco de líneas fundamentales de una radiografía lateral de la cara.

MODELOS DE ESTUDIO: Son elementales para hacer un buen diagnostico ya que en ellos se puede ver las arcadas dentarias en todos los planos, además podemos observarlos por separado o en oclusión.

FOTOGRAFIAS: Sirven como evidencia de las condiciones del paciente antes, durante y después del tratamiento dental. Al momento de realizar este procedimiento, el paciente debe estar en buenas condiciones de aseo oral.

RAZONES POR LAS QUE SE REALIZA EL EXAMEN

Las radiografías ayudan a diagnosticar enfermedades y lesiones de los dientes, maxilares y de las encías.

RIESGOS:

La exposición a la radiación es muy baja, sin embargo, nadie debe recibir más radiación de la necesaria. Se debe utilizar un delantal de plomo para cubrir el cuerpo y reducir la exposición a la radiación. A las mujeres embarazadas no se les deben tomar radiografías, a menos que sea absolutamente necesario.

1. RIESGOS EN TOMA DE RADIOGRAFÍAS Y/O TOMOGRAFÍAS: Las radiaciones ionizantes pueden ocasionar cambios en los tejidos vivos, estos cambios dependerán de la dosis total, la velocidad de administración de las dosis, la cantidad de tejido irradiado, la sensibilidad celular y la persona que recibe la radiación. Teniendo en cuenta lo anterior es importante anotar que la dosis de radiación utilizada en exámenes radiográficos odontológicos es muy pequeña, la probabilidad de que contribuya al desarrollo de una enfermedad es muy baja o nula.

2. RIESGOS EN TOMA DE IMPRESIÓN: Hay baja probabilidad de broncoaspiración por exceso de material por vómito, caída de brackets, laceración de tejidos.

Por la presente yo _____, identificado con _____ N° _____, doy mi consentimiento para que se me realice un estudio de **DIAGNOSTICO ORAL REQUERIDO POR EL ODONTÓLOGO Y/ O MEDICO TRATANTE**, el cual se realiza con un equipo radiográfico u otro elemento asignado para tal fin; se realiza en un área cubierta de paredes plomadas, así mismo apruebo que se me coloque el debido chaleco plomado y protector de tiroides como medida de protección contra la radiación u otro elemento asignado. Se me ha explicado la naturaleza y el objetivo del estudio por escrito, incluyendo los riesgos significativos y alternativas; por lo tanto, me siento satisfecho(a) con las explicaciones suministradas las cuales he entendido al igual que las aclaraciones e informaciones adicionales solicitadas. He entendido que posible que se requieran en forma inmediata tratamientos e intervenciones adicionales, doy consentimiento con aquello que en opinión del Médico y/o odontólogo tratante sean necesarios. Este consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento anterior a la realización del procedimiento.

Dado en la ciudad de Montería, a los _____ días del mes de _____ del año _____

Firma del Paciente

Firma del Odontólogo