

C/ Ayala, 58 - 28001 Madrid
Teléfs. 91 5755382 - 85
drortega@dbortega.es
www.dbortega.es

diagnóstico bucofacial
Dr. Ortega

FORMULARIO DE EXPLORACIONES

Paciente:

Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): / /

Prescripción: Dr./Dra.

Motivo de la exploración:

Consulta previa petición de hora

Día de consulta (dd/mm/aa): / / Hora:

Solicitamos las siguientes exploraciones:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ORTOPANTOMOGRAFÍA | <input type="checkbox"/> INFORME |
| <input type="checkbox"/> TELERADIOGRAFÍA LATERAL | <input type="checkbox"/> CEFALOMETRÍA LATERAL |
| <input type="checkbox"/> TELERADIOGRAFÍA FRONTAL | <input type="checkbox"/> CEFALOMETRÍA FRONTAL |

FOTOGRAFÍAS: RADIOGRAFÍA DE MUÑECA

RADIOGRAFÍAS INTRABUCALES:

Oclusal: Sup. Inf. Aletas de mordida: Dcha. Izq.

Periapicales. Indicar dientes:

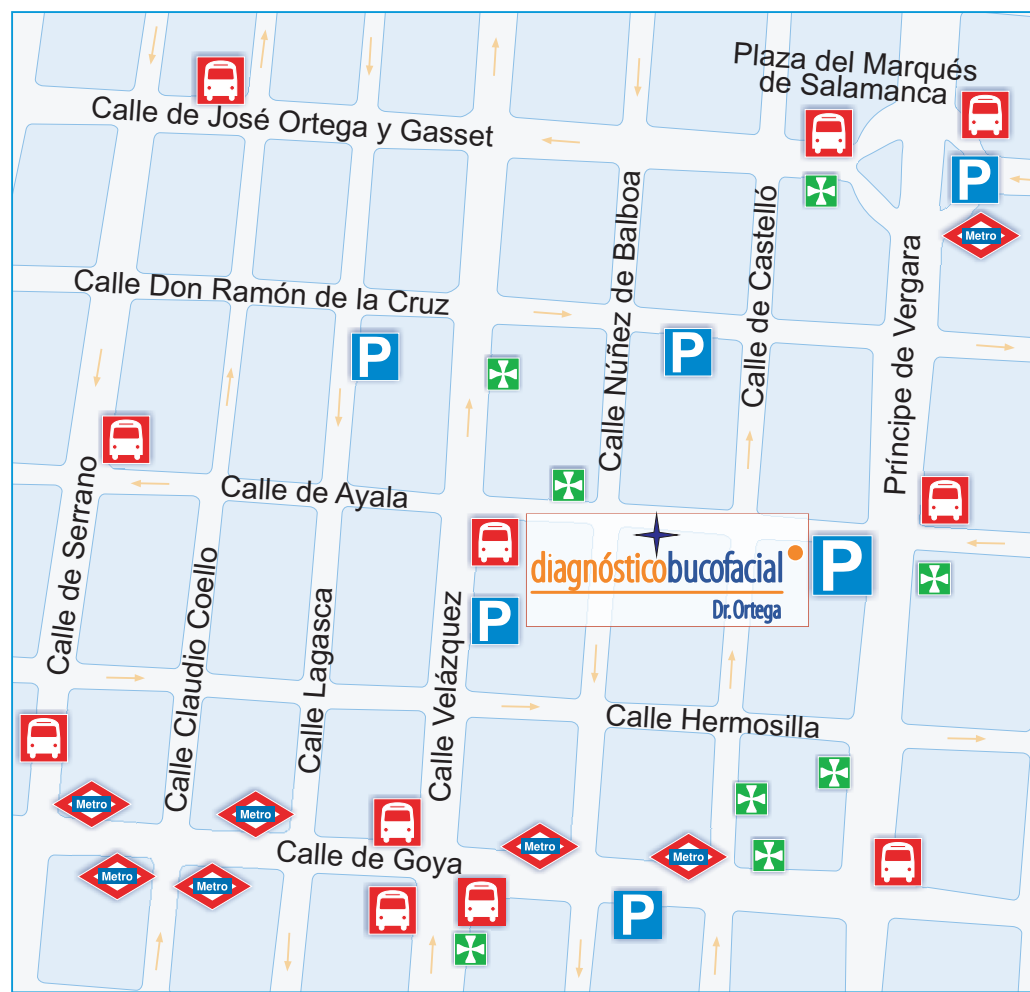
ESTUDIO TOMOGRÁFICO (escáner):

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tomografía computarizada helicoidal (CT) | <input type="checkbox"/> Maxilar |
| <input type="checkbox"/> Tomografía computarizada de haz cónico (CBCT) | <input type="checkbox"/> Mandíbula |
| | <input type="checkbox"/> ATM |

- | | | |
|---|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Imprimir en película | Grabar en CD. Formatos: | Procesado para: |
| | <input type="checkbox"/> DICOM | <input type="checkbox"/> SIMPLANT <input type="checkbox"/> CMF |
| | (para NOBEL e Implametric) | <input type="checkbox"/> FACILITATE <input type="checkbox"/> BTI Scan |
| | <input type="checkbox"/> .jpg | <input type="checkbox"/> NEOGUIDE |

IMPORTANTE: Si el paciente aporta férula radiológica, marque esta casilla

OTROS:



Autobuses: 1, 9, 19, 21, 29, 51, 52, 53 y 74

Metro: Línea 4 - Velázquez (salida Castelló) Líneas 5 y 9 - Nuñez de Balboa

Aparcamientos: Calle Ayala 64 (más cercano), Velázquez 50, D. Ramón de la Cruz 38, Plaza del Marqués de Salamanca 8, Lagasca 74