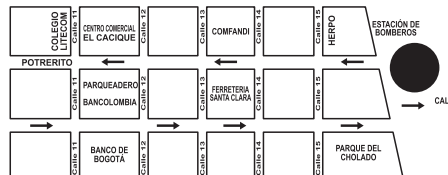




RadioDental

**HORARIO DE ATENCIÓN:**  
**Lunes a Viernes: 8:00 a.m. a 6:00 p.m.**  
**Jornada continua**  
**Sábados: 8:00 a.m. a 1:00 p.m.**



Paciente: \_\_\_\_\_ C.C./T.I.: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento:    /    /    Edad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

RX PERIAPICAL	<input type="text"/>	#
RX PERIAPICAL MILIMETRADA	<input type="text"/>	#
RX PERIAPICAL CON MEDIDA	<input type="text"/>	#
RX CORONAL	<input type="text"/>	#
RX OCLUSAL	<input type="text"/>	
JUEGO PERIAPICAL COMPLETO	<input type="text"/>	
JUEGO CORONAL	<input type="text"/>	

**MODELOS**  
☐ **TRABAJO**  
☐ **ESTUDIO**

RX PANORAMICA	<input type="text"/>	#
RX PANOREX+1 PARCIAL	<input type="text"/>	#
RX PANOREX+2 PARCIALES	<input type="text"/>	#
RX PERFIL DE CRANEO	<input type="text"/>	
RX AP-PA	<input type="text"/>	
RX ATM	<input type="text"/>	
RX CARPOGRAMA	<input type="text"/>	
JUEGO DE FOTOGRAFÍA CLÍNICA	<input type="text"/>	

**TRAZOS**  
☐ Steiner  
☐ Ricketts  
☐ Macnamara  
☐ Personalizados  
 Otros \_\_\_\_\_

#### PAQUETES DE ORTODONCIA

- |                  |                          |   |
|------------------|--------------------------|---|
| <b>ESTUDIO 1</b> | <input type="checkbox"/> | Panorámica y Fotos                          |
| <b>ESTUDIO 2</b> | <input type="checkbox"/> | Panorámica y Perfil                         |
| <b>ESTUDIO 3</b> | <input type="checkbox"/> | Perfil y Fotos                              |
| <b>ESTUDIO 4</b> | <input type="checkbox"/> | Panorámica Perfil y Fotos                   |
| <b>ESTUDIO 5</b> | <input type="checkbox"/> | Panorámica Perfil Fotos y Trazos            |
| <b>ESTUDIO 6</b> | <input type="checkbox"/> | Panorámica Perfil Fotos trazos y Modelos    |
| <b>ESTUDIO 7</b> | <input type="checkbox"/> | Panorámica Juego Periapical Fotos y Modelos |
| <b>ESTUDIO 8</b> | <input type="checkbox"/> | Juego Periapical, Fotos                     |

#### ¿Paciente en Embarazo?

No ☐ Si ☐

\_\_\_\_\_  
 Firma

#### TOMOGRAFÍA 3D

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Tomografía de Diente individual ó (3) Zonas Continuas |
| <input type="checkbox"/> | Tomografía de Hemiacrada ó (6) Dientes Continuos      |
| <input type="checkbox"/> | Tomografía de Maxilar Superior                        |
| <input type="checkbox"/> | Tomografía de Maxilar Inferior                        |
| <input type="checkbox"/> | Tomografía Bimaxilar                                  |
| <input type="checkbox"/> | Tomografía de ATM Derecha                             |
| <input type="checkbox"/> | Tomografía de ATM Izquierda                           |

Enviar por: Correo ☐ WhatsApp ☐

Observaciones: \_\_\_\_\_

📍 C.C. El Cacique / Calle 12 # 11- 86 / Local 19 / **Jamundí - COLOMBIA** / ☎ **314 285 9248**

✉ [martaluciaodonto@gmail.com](mailto:martaluciaodonto@gmail.com)