



# CROMAX3D

CENTRO DE RADIOLOGIA ORAL Y MAXILOFACIAL

## TOMOGRAFÍA

**SEDES BOGOTÁ**  
 Cra 112A # 78D - 08 Villas de Granada  
 Tel.: (601) 3099293 - 229 48 72  
 WhatsApp: 300 373 7797  
 Correo: rxcromax@hotmail.com  
 Carrera 101 # 72 - 33 Alamos Norte  
 Tel.: (601) 637 67 94 WhatsApp: 324 634 23 48  
 Correo: cromax3d.alamos@gmail.com

**SEDES NEIVA**  
 Calle 18 A # 7-28 Tel.: (608) 866 71 27  
 Correo :cromax3d.neiva@gmail.com  
 Horario: Lunes a Viernes 8 :00 am a 6:00 pm  
 JORNADA CONTINUA  
 Sabado 8:00am - 1 pm

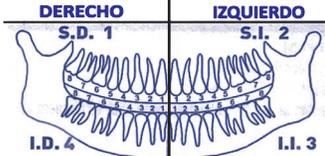
FECHA		
DIA	MES	AÑO

FECHA REMISION	DIA	MES	AÑO

Horario: Lunes a Viernes 9:00 am a 6pm JORNADA CONTINUA  
 Sabado 9:00am - 4:00pm

Paciente:	Doc. Id. O.C.C.: O.T.I.:	Edad	Nacimiento DD / MM / AAAA	Tel. Paciente
Doctor (a):	E-mail:	Tel. Dr.	VALOR:	



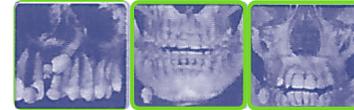
### RADIOGRAFÍA EXTRAORAL DIGITAL

- Panorámica
- Perfil
- Cráneo AP
- Cráneo PA
- Waters
- Towne
- Senos Paranasales
- ATM (Técnica Panorex)
- Carpograma

### FOTOGRAFIA CLINICA DIGITAL

- Paq. Ortodoncia Simple
- Paq. Ortodoncia Básico
- Paq. Ortodoncia Plus
- Paq. Periodoncia
- Paq. Rehabilitación Oral
- Paq. Quirúrgico
- Paq. Senos Paranasales
- Paq. Final
- Paq. Virtual
- Paq. Convenio

## TOMOGRAFÍA 3D



D	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8

### MARCAR DIAGRAMA

- Zona 3 Dientes
- Maxilar Superior
- Maxilar Inferior
- Bimaxilar
- Senos Paranasales
- ATM Boca Abierta
- ATM Boca Cerrada
- Cráneo Completo (Villas de Granada)

### FOTOGRAFIA CLINICA DIGITAL

- Frente
- Perfil Derecho
- Perfil Izquierdo
- Sonrisa
- 3/4 Derecho
- 3/4 Izquierdo
- Base de Nariz
- Fotos 1:1 (20 x 25)
- Oclusión de Frente
- Oclusión Derecho
- Oclusión Izquierdo
- Arco Superior
- Arco Inferior
- Over-Jet
- Over-Bite
- Fotografía 3D

### FONDO

- Blanco
- Azul
- Negro

### FOTOGRAFIA CLINICA DIGITAL

- Modelos de Estudio Digital
- Modelos de Trabajo Físico
- Fotografía de Modelo Digital
- CD Modelos

### FORMA DE ENTREGA PAQUETES

- Paciente
- C.D.
- Consultorio
- En la nube

### FORMA DE ENTREGA TOMOGRAFÍA

- Con Lectura
- Sin Lectura
- Sin Medidas
- Solo Medidas
- Dicom
- impresión Full Color



# CROMAX3D

CENTRO DE RADIOLOGIA ORAL Y MAXILOFACIAL

## TOMOGRAFÍA

**ORTODONCIA SIMPLE**

- 1 Radiografía Panorámica
- 1 Radiografía de Perfil
- 1 Modelo de Estudio Digital
- 1 Carpeta

**ORTODONCIA BÁSICO**

- 1 Radiografía Panorámica
- 1 Radiografía de Perfil
- 9 Fotografías Clínicas
- 1 Modelo de Estudio Digital
- 1 Diagnostico Cefalometrico
- 1 Carpeta

**QUIRÚRGICO**

- 1 RX Panorámica
- 1 RX Perfil
- 1 AP
- 1 Análisis de Modelos
- 1 Análisis de Grummons
- 3 Fotos Extraorales 1:1
- 6 Fotos Intraorales
- 1 Modelo de Estudio Digital

**ORTODONCIA PLUS**

- 1 Radiografía Panorámica
- 1 Radiografía de Perfil
- 1 1 Fotografías Clínicas
- 1 Juego Periapical Completo
- 1 Modelo de Estudio Digital
- 1 Diagnostico Cefalometrico
- 1 Análisis de Modelos
- 1 Carpeta

**PAQUETE DE REHABILITACIÓN ORAL**

- 1 Juego Periapical Completo
- 1 Modelo de Trabajo
- 5 Fotografías Intraorales
- 1 Carpeta

**SENOS PARANASALES**

- Perfil
- Waters
- Senos Parasnales

**PAQUETE DIAGNOSTICO**

- 1 RX Panorámica
- 1 Modelo de Trabajo Físico
- 5 Fotografías Clínicas
- 1 Carpeta

**PERIODONCIA**

- 1 Juego Periapical Completo
- 10 Fotografías Clínicas
- 1 Carpeta

**PAQUETE FINAL**

- 9 Fotografías Clínicas
- 1 Radiografía Panorámica

**RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE**

1. Para radiografías debe retirar cualquier objeto metálico del cuello para arriba.
2. Para radiografías y/o fotografías debe traer el cabello recogido frente y oídos descubiertos.
3. Los paquetes de diagnostico y ortodoncia los modelos y fotografías se entregan 3 días después.
4. La toma de fotografías e impresiones para modelos son procedimientos un poco incómodos por lo cual se requiere su colaboración y apoyo.
5. Las radiografías se entregan 15 minutos después de ser tomadas.
6. Para fotografías y modelos, si tiene prótesis o aparatología removible pregunte a su odontólogo si la toma de los exámenes se realiza con estos.
7. Para fotografías o radiografías extraorales pida a su odontólogo le indique su oclusión correcta.

**SI ESTA EMBARAZADA O SOSPECHA ESTARLO, COMUNIQUELO ANTES DE PROCEDIMIENTO AL TÉCNICO EN RADIOLOGÍA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

He sido informado [a] de una forma clara de los exámenes radiológicos que me voy a realizar, sus riesgos previsible y consecuencias me han resuelto todas las dudas he interrogantes que he formulado. Autorizo por la presente para realizarme los exámenes.

**AUTORIZACION TRATAMINETO DE DATOS PERSONALES**

Autorizo de manera expresa a CROMAX 3D, en su condición de responsables del tratamiento de los datos, de acuerdo con lo establecido en la ley 1581 de 2012, para que efectúe el tratamiento de los datos personales contenidos en sus bases de datos, manejandolos responsablemente, facultandolo a disponer de la información suministrada para la gestión, administración y mejora de los servicios, así como para finalidades comerciales. Para el cumplimiento de los anteriores fines se autoriza a Cromax 3d A entregar la información a terceros como son los doctores.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_

Firmo autorizando el Consentimiento Informativo y el Tratamiento de Datos Personales

MOTIVO TOMOGRAFÍA: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES TOMOGRAFÍAS: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES GENERALES: \_\_\_\_\_

**VILLAS DE GRANADA**



**ALAMOS NORTE**

