



# Rx del llano

Oral y maxilofacial

Dirección: Calle 34 N 36 - 30 - local 2  
Barrio Barzal - Villavicencio

Teléfono: 670 7000  
Celular: 304 384 3356

Horario: Lunes a Viernes 8:00am a 6:00pm  
Sábado 8:00am a 1:00pm

Email: [rxdelllano@gmail.com](mailto:rxdelllano@gmail.com)



## FECHA

DIA MES AÑO

--	--	--

Nombre:	C.C.	Edad	Teléfono	Fecha Nacimiento
---------	------	------	----------	------------------

Doctor(a)	Especialidad	Teléfono
-----------	--------------	----------

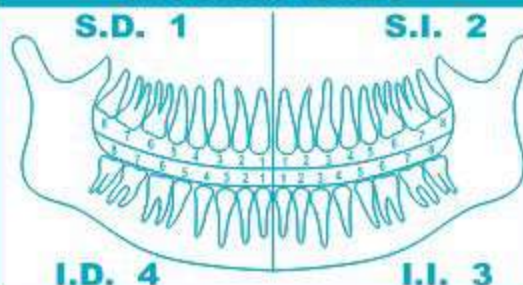
### RADIOGRAFIA EXTRAORAL

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Panorámica | <input type="checkbox"/> Submentoniana-Vertical                                       |
| <input type="checkbox"/> Perfil     | <input type="checkbox"/> Senos Paranasales<br><small>(Cadwel, Waters, Perfil)</small> |
| <input type="checkbox"/> Waters     | <input type="checkbox"/> Senos Maxilares  |
| <input type="checkbox"/> Towne      | <input type="checkbox"/> ATM (Técnica Panorex)  |
| <input type="checkbox"/> Cadwel     | <input type="checkbox"/> Postero-Anterior   |
| <input type="checkbox"/> Carpograma | <input type="checkbox"/> Anterior- Posterior  |

### RADIOGRAFIA INTRAORAL

- Periapical (marcar diagrama)
- Periapical completo
- Periapical Milimetrada
- Periapical Coronal
- Coronal Completo
- Oclusal Digital
  - Superior
  - Inferior

### MARCAR ÁREA



### TOMOGRAFÍA VOLUMÉTRICA

- Zona tres dientes
- Maxilar Superior
- Maxilar Inferior
- Maxilar Superior e Inferior
- Senos Maxilares
- Bimaxilar Zona tres dientes
- Lectura Tomográfica 3D
- Articulación Temporo-Mandibular

# 3D

### FORMA DE ENTREGA

- USB    Acetato    USB-Acetato

### FOTOGRAFIA CLINICA DIGITAL

#### EXTRAORALES

- Frente
- Perfil Derecho
- Perfil Izquierdo
- Sonrisa
- 3/4 Derecho
- 3/4 Izquierdo
- Base de Nariz
- Coronal Basal

#### INTRAORALES

- Oclusión de Frente
- Oclusión Derecho
- Oclusión Izquierdo
- Arco Superior
- Arco Inferior
- Over-Jet
- Over-Bite

#### PRESENTACIÓN

- Natural 1 + 1
- FONDO**
- Blanco
- Azul

### PAQUETES

- Panorámica y Fotos
- Paquete de Ortodoncia Simple
- Paquete de Ortodoncia Esencial
- Paquete Ortodoncia Básico
- Paquete Ortodoncia Básico De Ortopedia
- Paquete para Periodoncia
- Paquete para Rehabilitación
- Paquete para Rinoplastia

### MODELOS

- Modelos de Estudio
- Modelos de Trabajo

### DIAGNOSTICOS

- Cefalometria Computarizada
- Steiner       McNamara
- Jarabak       Rickttes
- Otros \_\_\_\_\_
- Análisis de Modelos

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

### PAQUETE DE ORTODONCIA SIMPLE

- 1 Radiografía Panorámica
- 1 Radiografía perfil
- 8 Fotografías Clínicas o Diagnóstico Cefalométrico
- 1 Carpeta

### PAQUETE DE ORTODONCIA ESENCIAL

- 1 Radiografía Panorámica
- 1 Radiografía perfil
- 8 Fotografías Clínicas
- 1 Diagnóstico Cefalométrico
- 1 Carpeta

### PAQUETE PARA REHABILITACIÓN

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

### PAQUETE ORTODONCIA BÁSICO

- 1 Radiografía Panorámica
- 1 Radiografía Perfil
- 8 Fotografías Clínicas
- 1 Modelo Estudio
- 1 Diagnóstico Cefalométrico
- 1 Carpeta

### PAQUETE ORTODONCIA BÁSICO DE ORTOPEDIA

- 1 Radiografía Panorámica
- 1 Radiografía perfil
- 8 Fotografías Clínicas
- 1 Modelo Trabajo
- 1 Diagnóstico Cefalométrico
- 1 Carpeta

### PAQUETE PARA PERIODONCIA

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

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Doy mi consentimiento para que se me realice este procedimiento por medio de exposición de radiación ionizante en forma de rayos X, para proporcionar una información diagnóstica. Se estima que durante el examen se recibe una dosis mínima de radiación.

Certifico que he leído, entendido y aceptado cabalmente lo anterior

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente



En  **waze** como:  
**RX DEL LLANO RADIOLOGIA ORAL**  
Y en redes sociales:

 @Rxdellano  @Rxdellano

