



PLANIFI-K

Imágenes Diagnósticas

Nombre: _____

E-mail: _____

Doctor(a): _____



Dirección: Calle 15 No 40 -101- Centro Comercial Primavera
2do Piso Local 256 | Villavicencio - Meta - Colombia.



Pbx: (608) 6832873



324 6658618



324 6658618



312 3778209



E-mail: administrativo@planifik.com.co

www.planifik.com.co

Día

Mes

Año

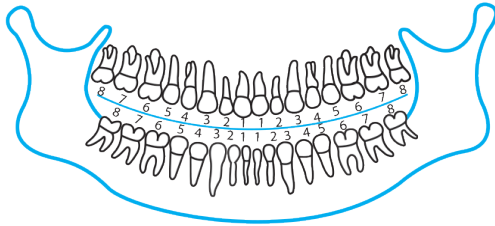
Teléfono: _____

Edad: _____

Dirección: _____

Intraorales

1



2

4

3

- ☐ Periapical completo
- ☐ Periapical parcial
- ☐ Completo con coroneles
- ☐ Coroneles Derecha Izquierda
- ☐ Oclusal Superior Inferior

Tomografías

- ☐ Zona 3 dientes _____
- ☐ Bimaxilar
- ☐ Maxilar Superior
- ☐ Maxilar Inferior
- ☐ ATM

Diagnósticos 2D

- ☐ Steiner
- ☐ McNamara
- ☐ Grummons A. P.

Diagnósticos 3D

- ☐ Lectura tomografía

Extraorales

- ☐ Panorámica Standar
- ☐ Antero posterior
- ☐ Postero anterior
- ☐ Perfil
- ☐ Carpograma Derecho Izquierdo
- ☐ ATM

Modelos

- ☐ De trabajo
- ☐ De estudio
- ☐ Digitales

Packs de Ortodoncia

- ☐ Zafiro
- ☐ Zafiro Kids
- ☐ Esmeralda
- ☐ Diamante
- ☐ Diamante Maxilo (Cirugía)
- ☐ Rehabilitación
- ☐ Implantología

Fotografía

Intraoral

- ☐ Oclusión de frente
- ☐ Oclusión Lateral derecha
- ☐ Oclusión Lateral izquierda
- ☐ Arco Superior
- ☐ Arco Inferior
- ☐ Over - jet
- ☐ Over - bite

Extraoral

- ☐ Frente
- ☐ Sonrisa
- ☐ Perfil derecho ☐ Izquierdo

Formato

- ☐ Digital
- ☐ Impresa

Fondo

- ☐ Azul

Forma de Entrega

- ☐ Carpeta
- ☐ CD
- ☐ Correo electrónico

Packs de Ortodoncia

Pack Zafiro

- ☐ Rx Panorámica
- ☐ Rx Perfil
- ☐ 8 Fotos
- ☐ Carpeta

Pack Zafiro Kids

- ☐ Rx Panorámica
- ☐ Rx Perfil
- ☐ Modelos de trabajo
- ☐ 8 fotos
- ☐ Dx Cefalométrico
- ☐ Carpeta

Pack Esmeralda

- ☐ Rx Panorámica
- ☐ Rx Perfil
- ☐ Cefalometría
- ☐ 8 fotos
- ☐ Carpeta

Pack Diamante

- ☐ Rx Panorámica
- ☐ Rx Perfil
- ☐ Modelos de estudio
- ☐ 8 fotos
- ☐ Dx Cefalométrico
- ☐ Carpeta

Pack Implantología

- ☐ Rx Panorámica
- ☐ Rx Periapical
- ☐ Tomografía 3D de la zona
- ☐ Modelos de trabajo
- ☐ 8 fotos

Pack Diamante Maxilo (Cirugía)

- ☐ Rx Panorámica
- ☐ Rx Perfil
- ☐ Rx Antero posterior
- ☐ 4 fotos color 1:1 papel color
- ☐ 8 fotos
- ☐ Modelos de estudio
- ☐ Análisis Modelos
- ☐ Dx Cefalométrico
- ☐ Dx Grummons
- ☐ Entrega CD

Pack Rehabilitación

- ☐ Rx Juego periapical completo
- ☐ Modelos de trabajo
- ☐ 8 fotos
- ☐ Carpeta

¡Escaneamé!



Nuestra Ubicación

Aquí estamos
2do piso



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.

Entregado: _____

Fecha: _____

Firma del Paciente: _____

Observaciones: _____

Horario

Lunes a Viernes: 8:00am a 6:00pm
Jornada Continua
Sábado: 8:00am a 1:00pm