

1 · DENTISTA QUE SOLICITA

Nombre y apellidos

Nº de colegiado

Clínica

Teléfono

Email para recibir el estudio

2 · PACIENTE

Nombre y apellidos

Teléfono

Edad

☐ No hay posibilidad de embarazo

☐ Posible embarazo (consultar antes)

3 · ZONA A ESTUDIAR · NOTACIÓN FDI

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Extensión del estudio

☐ Piezas marcadas

☐ Sector

☐ Arcada superior

☐ Arcada inferior

☐ Ambas arcadas

4 · MOTIVO DEL ESTUDIO

☐ Diagnóstico endodóntico

☐ Retratamiento

☐ Sospecha de fractura o fisura

☐ Reabsorción

☐ Lesión de origen dudoso

☐ Traumatismo

☐ Planificación de cirugía

☐ Valoración para implantes

☐ Otro (indicar abajo)

Datos clínicos y pregunta concreta que debe responder el estudio

5 · ENTREGA DEL ESTUDIO

☐ Informe del estudio

☐ Archivos DICOM

☐ Imágenes con visor para el paciente

☐ Por email / enlace

☐ En soporte físico (USB/CD)

☐ Entregar al paciente

El paciente pide cita por teléfono o WhatsApp. No hace falta tratamiento asociado.

Traiga este volante y, si las tiene, las radiografías previas. El estudio se limita a la zona solicitada.

Fecha

Firma y sello del dentista

☐ El paciente autoriza el envío de sus datos a EndodonciaBadajoz para realizar el estudio.