

**EVALUACION DE LA CALIDAD DE IMAGEN CLINICA OBTENIDA
EXPLORACIÓN INTRAORAL**

RESPONSABLE QUE REALIZA EL CONTROL	Dr/a.									
CRITERIOS DE IMAGEN (realizado sobre 10 radiografías realizadas en un año)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
FECHA RADIOGRAFIA										
TIPO DE IMAGEN: convencional (C) digital (D)										
VISUALIZACION DE: tejido mucoso, densidad de aire y zonas de mayor interés diagnóstico										
REPRODUCCIÓN DE LA DENSIDAD OSEA: cortical, esponjosa, metálica, dentina y cemento										
REPRODUCCIÓN VISUALMENTE NÍTIDA DE: esmalte, pulpa (cámara y conductos), espacio periodontal										
DIFERENCIACIÓN NÍTIDA DE DISTINTAS DENSIDADES Y ESTRUCTURAS										
DISTORSION ACEPTABLE										
IMAGEN ACEPTADA (A) O RECHAZADA (R) PARA EL DIAGNOSTICO										

EQUIPO=> marca:

modelo:

no serie:

Kv:

mA:

PUNTUACIÓN: (marque de 1 a 5, siendo 1 el criterio mínimo de valoración y 5 el óptimo)

- 1 Si se cumple el criterio
- 0 Si no se cumple el criterio
- P Si existe una patología que oculta el criterio