

Paciente: _____ Edad: _____ Fecha nacimiento: _____

Dr. / Dra: _____ Tel: _____

Correo Electrónico Dr./Dra: _____ Fecha: _____

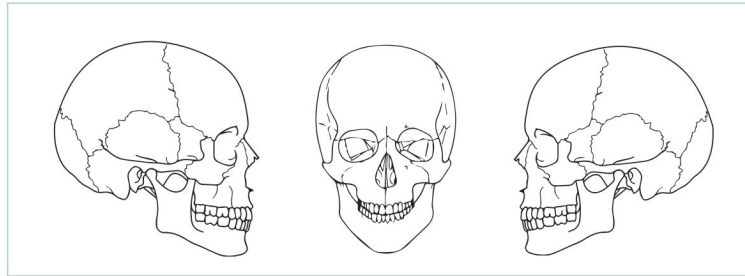
Radiografías

- Panorámica
- Lateral de Cráneo
- Postero-anterior
- Antero-posterior
- Caldwell
- Waters
- Oclusal _____
- Periapical O.D: _____
- Otras: _____

Auxiliar Diagnóstico

- Trazado Cefalométrico _____
- Fotografías Clínicas

Favor de indicar zona de interés de estudio en la tomografía



Tomografías

- Estudio Tomográfico
- Estudio Ortodoncia
- Estudio ATM
- Estudio de Vías Aéreas
- Estudio Endodoncia

Visor deseado

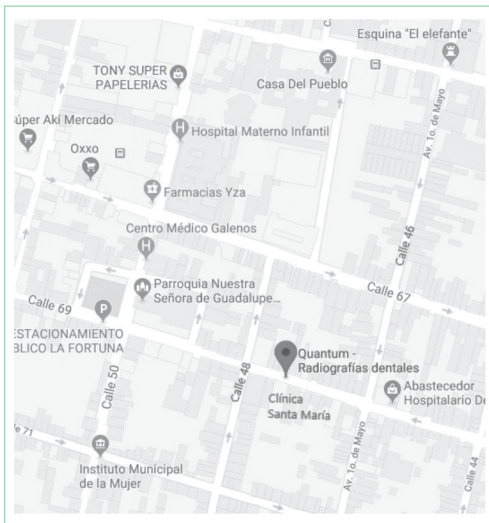
- Icat vision. (General)
- On demand. (Implantes)

Firma Doctor

Observaciones: _____

PREVIA CITA

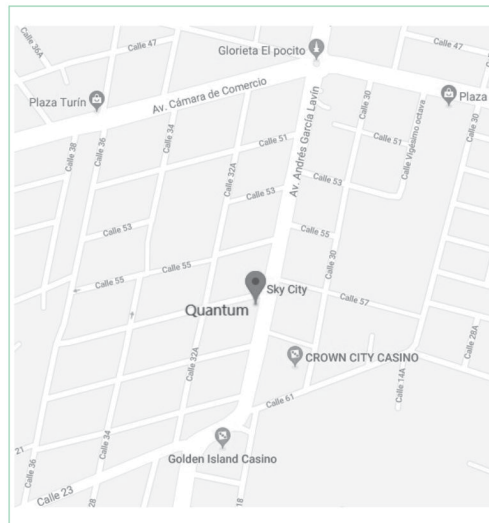
TEL. 924-23-75



SUC. CENTRO

Calle 69 x 46 y 48 #435-A Col. Centro
Estacionamiento público en Clínica Santa María
Horario: Lunes a Viernes de 9:00 a.m. a 7:00 p.m.
Sábado de 9:00 a.m. a 1:00 p.m.

TEL. 518-84-10



SUC. SKY CITY

Calle 32 x 57 y 59 #261 Col. San Ramón Norte
Oficina 507
Horario: Lunes a Viernes de 10:30 a.m. a 7:30 p.m.
Sábado de 9:00 a.m. a 1:00 p.m.

TEL. 195-22-98



SUC. FRANCISCO DE MONTEJO

Calle 42 x 55 y 55-A #355 Fracc. Francisco de Montejo
Cerca de Glorieta Cantaritos
Horario: Lunes a Viernes de 10:30 a.m. a 7:30 p.m.
Sábado de 9:00 a.m. a 1:00 p.m.

Citas online: www.quantumrxdental.com

- Indicaciones: Presentarse puntual y con solo un acompañante, sin objetos de metal
- en cabeza y cuello, cabello suelto, excelente aseo bucal y sin lápiz labial.
- en caso de embarazo informar al personal.