

**Rxmind® 3D DIGITAL**  
Gabinete Radiológico

Paciente  Tel.   
Fecha de Nacimiento  Edad

**RADIOGRAFIAS DIGITALES ALTA DEFINICIÓN**

<input type="checkbox"/> Panorámica	<input type="checkbox"/> Cefalograma Lateral 8'x10"	<input type="checkbox"/> ATM Boca Abierta/Cerrada	<input type="checkbox"/> Oclusal Sup.	<input type="checkbox"/> Serie periapical Adulto	<input type="checkbox"/> Serie periapical Infantil
<input type="checkbox"/> A-P Craneal	<input type="checkbox"/> P-A Craneal	<input type="checkbox"/> Carpal	<input type="checkbox"/> Oclusal Inf.	<input type="checkbox"/> Caldwell	<input type="checkbox"/> Waters

**PERIAPICALES**

**ODONTOGRAMA**

SUP.	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	DER.
e	d	c	b	a	a	b	c	d
8	7	6	5	4	3	2	1	IZQ.
INF.								

**FOTOGRAFÍA CLÍNICA**

<input type="checkbox"/> Papel	<input type="checkbox"/> C.D.	<input type="checkbox"/> Digitales
--------------------------------	-------------------------------	------------------------------------

**MODELOS DE ESTUDIO**

<input type="checkbox"/> Digitales	<input type="checkbox"/> Plástico	<input type="checkbox"/> Yeso Blanco	<input type="checkbox"/> Yeso Velmix	<input type="checkbox"/> Resina
------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------

**PAQUETE DIAGNÓSTICO ORTODONTICO**   
(favor de indicar las especificaciones)

Panorámica  Cefalograma Lateral  Trazado

Mod. de Estudio:  Plástico  Yeso Blanco  Yeso Velmix  Digital (Visor y STL)

Fotografía Clínica:  Papel  CD

**ENTREGA DE PAQUETES**

<input type="checkbox"/> Recogen en sucursal	<input type="checkbox"/> Enviar a Doctor
--	--

**Tomografías 3D CONE BEAM**

5x5 cm	6x8 cm	8x8 cm	8x15 cm	13x15 cm
Solo ON DEMAND				

**Tomografía CBCT**

Grabar:  DVD  USB  SOLO CORREO

Visor:  XELIS  ON DEMAND  DICOM (sin visor)

Dr.(a)y correo electrónico: \_\_\_\_\_

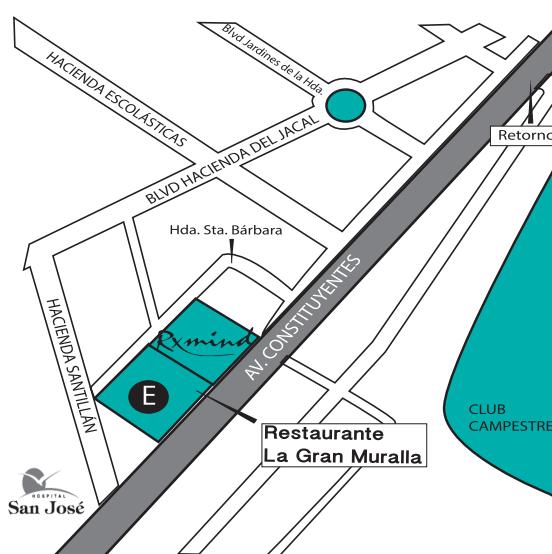
**NO SE REALIZAN INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS**



DE LUNES A VIERNES DE 9:00 A 19:00 HRS. HORARIO CORRIDO  
SÁBADOS DE 10:00 A 13:00 HRS.

**INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE:**

- \* Ser puntual en su cita
- \* Asistir sin objetos de metal del cuello hacia arriba (aretes, cadenas, pasadores, prótesis removibles), y sin reloj y pulseras de metal.
- \* Cara y frente despejada con cabello recogido.
- \* Favor de no tomar alimentos dos horas antes de su cita (sólo para modelos y paquetes).
- \* Si usted está embarazada favor de notificarlo.
- \* No se realizan diagnósticos ó interpretaciones



ESCANEAR PARA UBICACIÓN



**PREVIA CITA**

Av. Constituyentes Pte. No. 206 Local 1 Lobby Planta Baja  
Edificio Condominio Las Torres II C.P. 76185  
Tels.: 442 216 38 04 / 442 215 43 39 / Cel. 442 475 29 37



**TECHADO GRATUITO**  
A un costado del restaurante La Gran Muralla



rxmindgabinete rxmindgabinete@gmail.com



facebook.com/rxmind www.rxmindqro.com