|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL**  **SOLICITUD DE ESTUDIOS RADIOGRAFICOS**  **Ordinario Urgente** | | | | Nombre del Paciente: <firstname> <secondname> <name> |
| No de Seguridad Social: <cedula> |
| Nombre, Matricula y Firma del Medico  DR. <mname> <mfname> <msname>, <matricula>, Firma: |
| Fecha: <date> | Presentarse a Rx: | | |
| A LLENAR POR EL MEDICO TRATANTE, NO SE ACEPTA SI NO ESTA COMPLETA Y LEGIBLE | | | | |
|  | | Señale con una X el estudio Solicitado | Anotar datos clinicos y Dx presuncional y la region anatomica interesada | |
| Cráneo | |  |  | |
| Senos Paranasales | |  | <Tipo> | |
| Abdomen Simple | |  |  | |
| Esofago Estomago Duodeno | |  | <Anotaciones> | |
| Colescistografia | |  |  | |
| Colon por Encima | |  |  | |
| Urografia Excretora | |  | <nota> | |
| Columna Vertebral | |  |  | |
| Huesos | |  |  | |
| Otros Examenes | |  | C.M.T.L. | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL**  **SOLICITUD DE ESTUDIOS RADIOGRAFICOS**  **Ordinario Urgente** | | | | Nombre del Paciente: <firstname> <secondname> <name> |
| No de Seguridad Social: <cedula> |
| Nombre, Matricula y Firma del Medico  DR. <mname> <mfname> <msname>, <matricula>, Firma: |
| Fecha: <date> | Presentarse a Rx: | | |
| A LLENAR POR EL MEDICO TRATANTE, NO SE ACEPTA SI NO ESTA COMPLETA Y LEGIBLE | | | | |
|  | | Señale con una X el estudio Solicitado | Anotar datos clinicos y Dx presuncional y la region anatomica interesada | |
| Cráneo | |  |  | |
| Senos Paranasales | |  | <Tipo2> | |
| Abdomen Simple | |  |  | |
| Esofago Estomago Duodeno | |  | <Anotaciones2> | |
| Colescistografia | |  |  | |
| Colon por Encima | |  |  | |
| Urografia Excretora | |  | <nota2> | |
| Columna Vertebral | |  |  | |
| Huesos | |  |  | |
| Otros Examenes | |  | C.M.T.L. | |