|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS    **SOLICITUD DE EXAMENES DE LABORATORIO** | | | |
| Fecha de Solicitud <date> | PACIENTE EXTERNO X | | CAMA NUMERO |
| HACER EXAMENES EL DIA | | SERVICIO SOLICITANTE HEMODIALISIS UMF-UMAA 36 | |
| DIAGNOSTICOS DE PRESUNCION  INSUFICIENCIA RENAL CRONICA | | | |

|  |
| --- |
| NOMBRE DEL PACIENTE: <firstname> <secondname> <name> |
| CEDULA DE AFILIACION: <cedula> |
| NOMBRE DEL MEDICO: Dr. <mname> <mfname> <msname> |
| NUMERO DE MATRICULA: <matricula> |
| FIRMA: |

|  |
| --- |
| EXAMENES SOLICITADOS: <ex1> <ex2> <ex3> <ex4> <ex5> <ex6> <ex7> <ex8> <ex9> <ex10>  <ex11> |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL**  **SOLICITUD DE ESTUDIOS RADIOGRAFICOS**  **Ordinario Urgente**  X | | | | 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. | |