

## SOLICITUD DE ESTUDIO DE GABINETE

1/ UNIDAD MÉDICA <b>AGI</b>	2/ FECHA <b>10/10/23</b>	3/ HORA	4/ No. EXPEDIENTE
5/ DE <input type="checkbox"/> CONSULTA EXTERNA <input checked="" type="checkbox"/> URGENCIAS <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN	6/ SERVICIO <b>Urg.</b>	7/ CAMA	8/ PACIENTE <input checked="" type="checkbox"/> 1ª VEZ <input type="checkbox"/> SUBSECUENTE
9/ NOMBRE DE LA O DEL PACIENTE <b>Lizy Zuniga Gomez</b>			
10/ FECHA DE NACIMIENTO DE LA O DEL PACIENTE	11/ EDAD <b>21</b>	12/ GÉNERO <input checked="" type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO	
13/ DATOS CLÍNICOS			

14/ DIAGNÓSTICO <b>Amenorrea de 9 Semanas</b>
--

15/ ESTUDIOS SOLICITADOS <b>USG Ginecobstetrico</b>
--

16/ FECHA DE LA PRÓXIMA CONSULTA	17/ PERSONAL MÉDICO SOLICITANTE <b>Dra. Elena Osorio Barrios</b> <b>Médico General</b> <b>Ced. Prof. 1251919</b>	18/ Vo. Bo. GESTOR O RESPONSABLE DE LA TUTELA DE DERECHOS  NOMBRE Y FIRMA	19/ OBSERVACIONES
----------------------------------	---	--	-------------------

## INTERPRETACIÓN DEL ESTUDIO DE GABINETE

20/ PLACA UTILIZADA <input type="checkbox"/> 14X17 <input type="checkbox"/> 14X14 <input type="checkbox"/> 11X14 <input type="checkbox"/> 10X12 <input type="checkbox"/> 8X10 <input type="checkbox"/> MASTOGRAFÍA <input type="checkbox"/> ULTRASONIDO <input type="checkbox"/> TOMOGRAFÍA	21/ CLAVE
--	-----------

22/ INTERPRETACIÓN
--------------------

23/ FECHA DE INTERPRETACIÓN	24/ PERSONAL MÉDICO QUE INTERPRETA  NOMBRE Y FIRMA	25/ OBSERVACIONES
-----------------------------	--	-------------------