

SOLICITUD DE ESTUDIOS DE GABINETE

Paciente: 1 - PRUEBA PRUEBA PACIENTE

Signos vitales:

Presión arterial: / mmHG Frecuencia respiratoria: Resp/min Temperatura: °C Saturación oxígeno: %

Edad: 24 AÑOS

Sexo: Hombre

Fecha de ingreso: 2025-05-15 14:53:48

Fecha de solicitud: 29/05/2025 14:47:04

Fecha y hora de solicitud: 29/05/2025 14:47:04

Médico tratante: Ing. Gerente administrador

Estudio(s) solicitado(s):

1. OCT de Nervio Óptico (1 o 2 Ojos)
2. Ultrasonido Eco Modo A (Un Ojo) Cálculo de Lente

Costo total: \$2400 MXN

Detalle de estudio:

Diagnóstico probable: Consulta

Solicita: Ing. Gerente administrador

Firma