

**A DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE**

INSTITUCION DEL SISTEMA PRIVADO	UNICODIGO 52492	ESTABLECIMIENTO DE SALUD CLÍNICA DE ESPECIALIDADES DEL SUR PINOSMED CIA.LTDA.			HCU 1711467884	Nº ARCHIVO 1
NOMBRE Franklin	APELLIDO Aguas	SEXO (M-F) HOMBRE	EDAD 49	CONDICION DE EDAD (MARCAR)		
				H	D	M
					A	X

**B. SERVICIO Y PRIORIDAD DE ATENCION**

SERVICIO			ESPECIALIDAD	CAMA	SALA	PRIORIDAD		
EMERGENCIA <input checked="" type="checkbox"/>	CONSULTA EXTERNA <input type="checkbox"/>	HOSPITALIZACION <input type="checkbox"/>				URGENTE <input checked="" type="checkbox"/>	RUTINA <input type="checkbox"/>	CONTROL <input type="checkbox"/>

**C. ESTUDIO DE IMAGENOLOGIA SOLICITADO**

R-X CONVENCIONAL	<input checked="" type="checkbox"/>	R-X PORTATIL	<input checked="" type="checkbox"/>	TOMOGRAFIA	<input checked="" type="checkbox"/>	MAMOGRAFIA	<input checked="" type="checkbox"/>	RESONANCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	ECOGRAFIA	<input checked="" type="checkbox"/>	PROCEDIMIENTO	<input checked="" type="checkbox"/>	OTROS	<input checked="" type="checkbox"/>	SEDACION	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	X	NO
DESCRIPCION																				

**D. MOTIVO DE LA SOLICITUD**

FUM		PACIENTE CONTAMINADO	SI		NO		REGISTRAR LAS RAZONES PARA SOLICITAR EL ESTUDIO						

**E. RESUMEN CLINICO ACTUAL**

REGISTRAR DE MANERA OBLIGATORIA EL CUADRO CLINICO ACTUAL DEL PACIENTE

**F. DIAGNOSTICO**

PRE= PRESUNTIVO

DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1	Examen de la presión sanguínea	Z013		X	4			
2					5			
3					6			

**G. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE**

FECHA 2025-11-07 14:16:18	HORA 14:16:18	NOMBRE DEL PROFESIONAL	ADMINISTRADOR SISTEMA
NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION 12121212	FIRMA		SELLO

SNS-MSP / HCU-form.012A / 2021

IMAGENOLOGIA - SOLICITUD