

CLINICA MEDICAL  
RADIOLOGIA

**PACIENTE:** Cedula de Ciudadania 19465673 ALBERTO BERNAL PACIENTEe KENEDY  
**EDAD:** 2024 **GENERO:** Masculino  
**REGIMEN:** None  
**CONVENIO:** PARTICULAR MEDICAL 2024  
**SERVICIO:** HOSPITALIZACION kenedy  
**FECHA:** 2025-09-08 10:54:03.7622-05



RADIOLOGIA

Cups 878211    Nombre: ARTERIOGRAFIA PERIFERICA DE MIEMBROS INFERIORES BILATERALES    Indicador: AO    Observacion: sas

MEDICO ORDENA

Firmado Por: 1    19465673    ALBERTO BERNAL TRABAJADOR    Registro Medico:19465673  
Firmado Electronicamente