

Servicio de Salud Araucanía Sur

Hospital / Consultorio de:.....
Unidad de Ultrasonografía Gineco-Obstétrica.

Encuesta relativa a exámenes ecográficos gineco/obstétricos

Nombres de la Paciente	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>
Apellidos	<input type="text"/>	Hora	<input type="text"/>
		Edad	<input type="text"/>
Ciudad de procedencia :	<input type="text"/>	RUT	<input type="text"/>
Profesional solicitante :	<input type="text"/>	Nombre profesional	<input type="text"/>
Tipo Examen solicitado :	1° <input type="text"/>	2°	<input type="text"/>
Motivos del Examen	1° <input type="text"/>	2°	<input type="text"/>

Información a la paciente relativa al tipo de examen solicitado :

Relacionado con motivos del examen solicitado, la vía de exploración recomendada es :

Ecografía Abdominal	Si <input type="radio"/>	No <input type="checkbox"/>
Ecografía Endocavitaria	Si <input type="radio"/>	No <input type="checkbox"/>
Ecografía Mixta	Si <input type="radio"/>	No <input type="checkbox"/>

Luego de conocer características del examen solicitado, ¿ autoriza la realización del mismo ?

☐ Si, acepto realización de examen.

Motivos del rechazo

☐ No, rechazo el examen propuesto.

	Paciente.	Acompañante.	Ecografista
Nombre.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
R.U.T.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>