

2-1026-24  
RAYOS X N° 6CENTRO DE SALUD Santa Fe

SOLICITUD DE EXAMEN RADIOLÓGICO

UNIDAD

EJECUTORA:

FECHA: 14/4/23

CAMA:

☒ ORDINARIO☐ PRONTITUDNombre Completo  
del PacienteMaryari Jimenez

1(Nombre)

2(Nombre)

(Apellido-paterno)

(Apellido-materno)

(Apellido de Casada)

Dirección

Santa Fe

Tel.:

Sexo

Fem

Edad

56

N° S.S.

N° Cédula

9-724-1902

Ocupación

Médico Referente

Funcionario

Dr. José E. Vargas C.

Servicio

Medicina

Médico General

Reg. 11230

Breve historia, resumen de síntomas

Control de Insuficiencia

DIAGNOSTICO

- Corazón

Exámenes Solicitados

(1) Densitometría N° Examen

Cita

(2) Oxígeno N° Examen

Cita

(3) N° Examen

Cita

(Indique el órgano o la región  
y la clase de examen deseado  
y no el método a seguir)

Fecha y Lugar de Exámenes Anteriores

FIRMA:

CÓDIGO

Información Complementaria del Examen

Fecha:

Técnico:

Hora:

Recepcionista:

Placas:  
Ex 1Placas:  
Ex 2Placas:  
Ex 3

KV:

Mas:

KV:

Mas:

Equipos:

Nombre:

S.S.:

Dr.

Fecha:

N° Ex.

INFORME: