

PATRONATO DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL
JOSÉ DOMINGO DE OBALDÍA



CONSULTA EXTERNA
Especialidades Pediátricas
Patronato Hospital José Domingo de Obaldía RAYOS X No. 6

SOLICITUD DE EXAMEN RADIOLÓGICO

☐

ORDINARIO

☐

PRONTITUD

UNIDAD EJECUTORA

FECHA 27/2/23 CAMA

Nombre Completo

del Paciente:

(1 NOMBRE)

(2 NOMBRE)

(APELLIDO-PATRONO)

(MATRNO)

(DE CASADA)

Dirección:

Teléfono:

Sexo:

Edad

No. S.S.

No. Cédula

Ocupación

Médico referente

Funcionario

Servicio

Breve historia resumen de síntoma

DIAGNÓSTICO

Exámenes Solicitados

(Indique el órgano o la región y

la clase de examen deseado y

no el método a seguir

(1)

No. Examen

Cita

(2)

No. Examen

Cita

(3)

No. Examen

Cita

Fecha y Lugar de Exámenes Anteriores

FIRMA

CÓDIGO

Información Complementaria del examen

Fecha

Hora

Técnico

Recepcionista

Placas
EX 1

Placas
EX 2

Placas
EX 3

KV
Mas

KV
Mas

Equipo

Nombre

S.S.

Dr.

Fecha

No. Ex.

INFORME

SE RUEGA ESCRIBIR O CON LETRA IMPRENTA

AVOR NO LLENAR ESTE ESPACIO