



CENTRO DE SALUD

SOLICITUD DE EXAMEN RADIOLÓGICO

UNIDAD
EJECUTORA
☒ ORDINARIO
 ☐ PRONTITUD

FECHA 27/12/22 CAMA

Nombre Completo
del Paciente

1 Nombre

2 Nombre

(Apellido-paterno)

(Apellido-materno)

(Apellido de Casada)

Dirección

Tel.:

Sexo

Edad

N° S.S.

N° Cédula

Ocupación

Médico Referente

Funcionario

Servicio

Breve historia, resumen de síntomas

DIAGNOSTICO

Examen Solicitados

(1)

N° Examen

Cita

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

(2)

N° Examen

Cita

(3)

N° Examen

Cita

Fecha y Lugar de Exámenes Anteriores

FIRMA

CÓDIGO

Información Complementaria del Examen

Fecha:

Técnico

Hora

Recepcionista

Placas:
Ex 1Placas:
Ex 2Placas:
Ex 3KV
Mas:KV
Mas:

Equipo:

Nombre

S.S.

Dr.

Fecha:

N° Ex.:

INFORME

SE RUEGA ESCRIBIR A MAQUINA O CON LETRA IMPRENTA

FAVOR DE NO LLENAR ESTE ESPACIO