

CENTRO DE SALUD Santiago

SOLICITUD DE EXAMEN RADIOLÓGICO

UNIDAD
EJECUTORA: _____FECHA: 16/4/2023 CAMA: _____☒ ORDINARIO ☐ PRONTITUDNombre Completo
del Paciente

1(Nombre)

2(Nombre)

(Apellido-paterno)

(Apellido-materno)

(Apellido de Casada)

Dirección

Tel.: _____

Sexo FEdad 35 años

N° S.S. _____

N° Cédula 9-718-1185

Ocupación _____

Médico Referente Yb...Funcionario ...

Servicio _____

Breve historia, resumen de síntomas

Control y seguimiento por frotamiento
por T x de TBC

DIAGNOSTICO

Control de TBC

Exámenes Solicitados

(1)

Rx de T x

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:

Hora:

Técnico:

Recepcionista:

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

KV:

Mas:

KV:

Mas:

Equipo:

Nombre:

S.S.:

Dr.

Fecha:

N° Ex.:

INFORME:

SE RUEGA ESCRIBIR A MAQUINA O CON LETRA DE IMPRENTA