



DR. ELIÉCER A. BATISTA M.

ORTOPEDIA TRAUMATOLOGÍA

ADULTOS Y NIÑOS

elibati02@gmail.com

Cel.: 6888-7722

SOLICITUD DE ESTUDIO RADIOLÓGICO

NOMBRE: Batista Feñe CÉDULA: sub p  
S.S.: 9-786-315 PROCEDENCIA: \_\_\_\_\_  
SEXO: M F FECHA DE NACIMIENTO: 15/10/1987 EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA: 10/8/25

BREVE HISTORIA CLÍNICA:

dolor lumbar con radiación a la pierna  
debido a hernia de disco en L5/S1  
después  
DIAGNOSTICO SOSPECHOSO: Extrusión de disco

EXÁMEN SOLICITADO: ☐ RADIOGRAFÍA ☐ ULTRASONIDO ☐ DENSITOMETRIA ☐ TOMOGRAFIA  
☒ RESONANCIA MAGNÉTICA ☐ FLUOROSCOPIA

FIRMA DEL TÉCNICO RADÍOLOGO

FIRMA DEL MÉDICO REFERENTE

FIRMA DEL MÉDICO SOLICITANTE

