

Por favor llenar toda la información que aquí se pide. Todo es importante. Letra legible

REGION DE SALUD DE COCLE
SOLICITUD DE EXAMENES RADIOLOGICOS



☐ ORDINARIO RADIOLOGIA ☐ PRONTITUD TOMOGRAFIA ☐ SALA ULTRASONIDO CAMA

NOMBRE Felicia Polanco EDAD 66 SEXO F

DIRECCIÓN ACTUAL Provincia FECHA DE NACIMIENTO 23-01-1955

SEGURO SOCIAL SI NO N° CED. 7-13-1977 FECHA SOLICITUD 21-04-11

NOMBRE DEL MÉDICO Dr. Rafael Quiros FIRMA Y CÓDIGO Dr. Rafael Quiros

HISTORIA CLÍNICA (BREVE RELACION DE DATOS RELEVANTES Y PROPOSITO DEL EXAMEN)

DIAGNOSTICO:

EXAMEN SOLICITADO:

(INDIQUE EL ÓRGANO O REGIÓN Y LA CLASE DE EXAMEN DESEADO Y NO EL MÉTODO A SEGUIR)

PLACAS: ☐ 8 x 10 ☐ 24 x 30 ☐ 11 x 14 ☐ 14 x 14 ☐ 14 x 17 ☐ 15 X 30 ☐ CAT

FECHA Y HORA DEL EXAMEN: _____ TÉCNICO: _____ EQUIPO: _____