



CENTRO DE SALUD DE

Manabo

SOLICITUD DE EXAMEN RADIOLOGICO

UNIDAD  
EJECUTORA:

FECHA:

7-710-7100

☐ ORDINARIO ☐ PRONTITUD

Nombre Completo  
del Paciente:

Karamama

Cano

(1 NOMBRE)

(2 NOMBRE)

(APELLIDO - PATERNO)

MATRNO

(DE CASADA)

Dirección:

Manabo

Tel.:

Sexo:

Edad:

4em

No. S. S.

No. Cédula

7-710-7100

Ocupación

Médico Referente

Funcionario

Servicio

Breve historia, resumen de síntomas

Paciente con dolor en FII  
intermitente. Antecedente de Ovarios  
poliquísticos

DIAGNOSTICO:

⊙ Dolor pélvico F/E

Exámenes Solicitados

(1)

USG pélvico

No. Examen

Cita

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

(2)

No. Examen

Cita

(3)

No. Examen

Cita

Fecha y Lugar de Exámenes Anteriores:

FIRMA:

CODIGO:

Información Complementaria del Examen

Fecha:

Tecnico:

Hora:

Recepcionista:

Placas:  
Ex 1

Placas:  
Ex 2

Placas:  
Ex 3

KV:

KV:

Equipo:

Nombre:

S.S.:

Dr.

Fecha:

No. Ex:

INFORME:

Obs: Doctor recomendó realizar abdomen  
Completo.



SE RUEGA ESCRIBIR A MAQUINA O CON LETRA DE IMPRENTA

FAVOR DE NO LLENAR ESTE ESPACIO