



CENTRO DE SALUD Atalaya
SOLICITUD DE EXAMEN RADIOLÓGICO

UNIDAD
EJECUTORA: _____

FECHA: 24-1-2023

CAMA: _____

Nombre Completo del Paciente Dayanira Pobles
1(Nombre) 2(Nombre) (Apellido-paterno) (Apellido-materno) (Apellido de Casada)

Dirección Atalaya Tel.: _____

Sexo Fem Edad 52a N° S.S. _____ N° Cédula 9-198-628 Ocupación _____

Médico Referente _____ Funcionario _____ Servicio _____

Breve historia, resumen de síntomas Acude x dolor en brazo @ que le
incrementa e impide levantarla y aumenta en la noche.

DIAGNOSTICO 1- dds. x Bursitis de hombro @ Derecho

Exámenes Solicitados (1) Rx de hombro y antebrazo @ Cita AD-lat. (informar)

(Indique el órgano o la región y la clase de examen deseado y no el método a seguir)
(2) 28 N° Examen _____ Cita _____
(3) _____ N° Examen _____ Cita _____

Fecha y Lugar de Exámenes Anteriores _____

Información Complementaria del Examen

Fecha: _____

Hora: _____

FIRMA: _____

CÓDIGO

Técnico: _____

Dr. Angélys Vanessa Toranzo R.

Médico General

Cod. 415 Reg. 9435

Recepcionista: Placas: Ex 1 Placas: Ex 2 Placas: 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

FAVOR DE NO LLENAR ESTE ESPACIO



CENTRO DE SALUD Atalaya
SOLICITUD DE EXAMEN RADIOLÓGICO

UNIDAD
EJECUTORA:

FECHA: 24-1-2023

CAMA:

☐ ORDINARIO ☐ PRONTITUD

Nombre Completo
del Paciente

Dayanira

1(Nombre)

2(Nombre)

Robles

(Apellido-paterno)

(Apellido-materno)

(Apellido de Casada)

Dirección

Atalaya

Tel.:

Sexo

F

Edad

52 a

N° S.S.

N° Cédula

9-198-628

Ocupación

Médico Referente

Funcionario

Servicio

Breve historia, resumen de síntomas

GIPIAOCO, Menarca: 11a, cx. de histiocitoma fatal
a las 41a. Dio pacho, utilizo antojunos por 1a ± NO APP ni AHE.

DIAGNOSTICO

Control de Salud 2- Quiste mama @

Exámenes Solicitados

(1) Mamografía N° Examen + USG de ambas Cita mamas

(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

Información Complementaria del Examen

Fecha:

Hora:

FIRMA:

CÓDIGO

Técnico:

Recepcionista:

Placas:
Ex 1

Placas:
Ex 2

Placas:
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

FAVOR DE NO LLENAR ESTE ESPACIO