



CEMD

R.U.C. 155636693-2-2016
Hospital Chiriquí, Nueva Torre, Planta Baja
Celular: 6607 - 1170

Nombre: Carlos Reina Cédula: _____
No. S.S. 7 714-91 Fecha: 13/3/23

EXAMEN RADIOLÓGICO

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Abdomen | <input type="checkbox"/> Pelvis |
| <input type="checkbox"/> Cervical A.P. y LAT. | <input type="checkbox"/> Pielograma I.V. |
| <input type="checkbox"/> Cistografía | <input type="checkbox"/> Senos Paranasales |
| <input type="checkbox"/> Colon x Enema con fluoroscopia y doble contraste | <input type="checkbox"/> Serie Cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Col. Torácica | <input type="checkbox"/> Serie Gastroduodenal con fluoroscopia |
| <input type="checkbox"/> Col. Lumbosacra | <input type="checkbox"/> Silla Turca |
| <input type="checkbox"/> Cráneo A.P. y LAT | <input type="checkbox"/> Tórax |
| <input type="checkbox"/> Esofagograma con fluoroscopia | <input type="checkbox"/> Tránsito Intestinal con fluoroscopia |
| <input type="checkbox"/> Histerosalpingografía | <input type="checkbox"/> Uretrografía |
| <input type="checkbox"/> Orbitas | <input type="checkbox"/> Ventriculografía |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | |
| <input type="checkbox"/> Tomografía Heliocoidal Multicorte | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Resonancia Magnética <u>Cerebral</u> <u>Contrastada</u> | |

ULTRASONIDOS

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Abdomen | <input type="checkbox"/> Vesícula |
| <input type="checkbox"/> Hepato Biliar | <input type="checkbox"/> Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Pélvico | <input type="checkbox"/> Ecocardiografía |
| <input type="checkbox"/> US de Mamas (Unilat. o Bilat.) | <input type="checkbox"/> Renal |
| <input checked="" type="checkbox"/> Otros <u>BUN, Creatinina</u> | |

MAMOGRAFIA

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mamografía Unilateral | <input type="checkbox"/> Mamografía Bilateral |
|--|---|

DENSIMETRÍA OSEA

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Columna | <input type="checkbox"/> Cadera |
|----------------------------------|---------------------------------|

Dx Sordera Deafness
H.C. _____