



CENTRO DE SALUD _____

SOLICITUD DE EXAMEN RADIOLÓGICO

☐ ORDINARIO☐ PRONTITUDUNIDAD
EJECUTORA: _____

FECHA: _____

CAMA: _____

2-1026-24

RAYOS X Nº 6

17 Febrero 23 (3pm)
Hospital medicina
norte
ref. Exp. Riquelme de Penane
ANECO

Nombre Completo
del Paciente

Genciel

1(Nombre)

2(Nombre)

Bovilla

(Apellido-paterno)

Rosario

(Apellido-materno)

(Apellido de Casada)

Dirección _____

Tel.: _____

Sexo

F

Edad

65

Nº S.S. _____

Nº Cédula

9-104-765

Ocupación _____

Médico Referente _____

Funcionario _____

Servicio _____

Breve historia, resumen de síntomas _____

2022 con Quiste mama #2 1,5mm y 2,3mm Izquierda
Se desea Control

DIAGNOSTICO

Quiste mamas

Exámenes Solicitados

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

(1) Mamografía

Nº Examen _____

Cita _____

(2) USG MAMA

Nº Examen _____

Cita _____

(3) _____

Nº Examen _____

Cita _____

Fecha y Lugar de Exámenes Anteriores _____

Información Complementaria del Examen _____

Fecha: _____

Hora: _____

FIRMA: _____

CÓDIGO _____

Técnico: _____

Dr. Santiago E. González
Cód. 9887 Reg. 3416
Medicina General -
Colposcopia - Cuidados Paliativos

Recepcionista: _____

Placas:
Ex 1Placas:
Ex 2Placas:
Ex 3

KV: _____

Mas: _____

KV: _____

Mas: _____

Equipo: _____

Nombre: _____

S.S.: _____

Dr. _____

Fecha: _____

Nº Ex.: _____

INFORME: _____

SE RUEGA ESCRIBIR A MAQUINA O CON LETRA DE IMPRENTA