



CENTRO DE SALUD

SOLICITUD DE EXAMEN RADIOLOGICO

☒ ORDINARIO ☐ PRONTITUDUNIDAD  
EJECUTORA:

FECHA: 11/01/2023 CAMA:



RAYOS

Nombre Completo  
del Paciente

Griselda Norono Diny

1(Nombre)

2(Nombre)

(Apellido.paterno)

(Apellido.materno)

(Apellido de Casado)

Dirección

Los Boquerones, Santiago

Tel.:

Sexo

Fem

Edad

67a

N° S.S.

N° Cédula

9-100-398

Ocupación

Médico Referente

Dr. Norma Del C. Domínguez

Funcionario

Servicio

Med general.

Breve historia, resumen de síntomas:

Medicina General

Folio: 356

Se trata de una 67a con App de

HTA. Con hx de larga data de dolor articular generalizado.  
Se envia estudio para descartar patología

DIAGNOSTICO

① A/D. Osteoporosis - Osteopenia ② Dolor articular ③ HTA.

Exámenes Solicitados

(1) Densitometría ósea

N° Examen

Cita

(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

FIRMA

CÓDIGO:

Información Complementaria del Examen

Fecha

Hora:

Técnico:

Recepcionista:

Placas:  
Ex 1Placas:  
Ex 2Placas:  
Ex 3KV:  
Mas:KV:  
Mas:

Equipo:

Nombre:

S.S.

Dr.

Fecha:

N° Ex.:

INFORME:

SE RUEGA ESCRIBIR MAQUINA O CON LETRA DE IMPRENTA

FAVOR NO LLENAR ESTE ESPACIO