



☐ ORDINARIO ☒ PRONTITUD

FECHA 28-1-23

CAMA:

Nombre Completo
del Paciente

Carlos

1(Nombre)

2(Nombre)

(Apellido-paterno)

(Apellido-materno)

(Apellido de Casada)

Dirección

San Juan de los Rios

Tel.:

Sexo

M

Edad

19

N° S.S.

N° Cédula

9764-1185

Ocupación

Médico Referente

Funcionario

Servicio

Breve historia, resumen de síntomas

Acute abdomen

DIAGNOSTICO

Cont. S.S.

Exámenes Solicitados

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

(1) PNX Informal N° Examen

Cita

(2) Rx Edema torácico Informal 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 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