	RO DE SALUD H			UNIDAD		2-1026-24 RAYOS X Nº 6
Slow and do NO . S //	CITOD DE EXAMENT	RADIOLOGICO		EJECUTORA:		
ORDANARIO DE RIO	PRONTITUD			FECHA: 20	1-1-2023	CAMA:
Nombre Completo del Paciente	Day anira		Pobl	us ·		*
del Paciente	1(Nombre)	2(Nombre)	(Apelli	do-paterno)	(Apellido-materno)	(Apellido de Casada)
	Italaya	Commence of the second second second			Tel.:	
Sexo_Fam	Edad 52ā N°	S.S	Nº Cé	dula	9 · 628 Ocupaci	ón
Médico Referente		F	uncionario		Servicio _	
Breve historia, resum	nen de síntomas	acua	Lex	ddor a	n brown 6	que le
	la a impicu					
	7		1	200 7.0 771		
DIAGNOSTICO_		1- obs	·xE	Busitis	de homb.	o @ Derecho
Exámenes Solicitados	(1)	x de h	O MEXAME	60 U CIG	Lebrara (6)	AP-lat (informan
(Indique el órgano o la	región	28			Albraid 6	_ Citat
y la clase de examen de y no el método a seguir	eseado (2)	<i>c. c</i>	Nº Exame			_ Cita
) —	(3)		Nº Exame	n		Cita
Fecha y Lugar de Exár	nenes Anteriores				FIRMA:	CÓDIGO
Información Compleme	ntaria del Examen			Fecha:	Técnico:	Amelys Vanessa Torrazza C. Médico General Cod. 415 Reg. 9435
Recepcionista:	Placas: Ex 1	Placas: Ex 2	Placas: Ex 3	KV:	KV:	Equipo:
Nombre:		S.S.:	Dr.	11103	Fecha:	Nº Ex.:

FAVOR DE NO LLENAR ESTE ESPACIO

INFORME:

Nombre Ophlar O				ADEPA
SOLICITUD DE EXAMEN RADIOLÓGICO SIDECUTORA: FECHA: 34-1-2023 CAMA: RANA: Completo GEP aciente INombre) ORDINARIO Dirección Dirección Médico Referente Funcionario Breve historia, resumen de sintomas GIPIACCO, Winanca: II a, CX di hus Juctor cu las 41 a. Dio pacho, 41 una 20 una de sintoma 3 (Indique el órgano o la región y la clase de examen deseado y no el método a seguir Funcionario Control di Satud 2- Quos is mana 6 (Indique el órgano o la región y la clase de examen deseado y no el método a seguir Fecha y Lugar de Exámenes Anteriores Recepcionista: Placas: Ex 1 Ex 2 Ex 3 Placas: Ex 2 Placas: Ex 2 Placas: Ex 2 Placas: Ex 2 Placas: Ex 3 Fecha: V. Jevis acesta complementaria del Examen Cama de Sulcia Su	RAYOS X N	lava	TRODE SALUD OLO	SALVERIN
Dirección				Salud MINISTERO DE SALUD FAVIAMA
Dirección	FECHA: 24-1-2023 CAMA:		PRONTITUD	ORDINARIO
Dirección Halaya Tel: Sexo F Edad S2 a Nº S.S. Nº Cédula 9-198-628 Ocupación Médico Referente Funcionario Servicio Breve historia, resumen de síntomas G1 PI AOCO Linanca : II a Cx di Instruction cu las 41 a Dio pacho, Utruzo untragman por la tel NO APP no DIAGNOSTICO Control de Sauda 2- Quinte mama © Exámenes Solicitados (1) Mamografia Nº Examen tus 6 du amban cita muma (Indique el órgano o la región y la clase de examen deseado y no el método a seguir (3) Nº Examen Cita Fecha y Lugar de Exámenes Anteriores Recepcionista: Placas: Placas: Ex 1 Ex 2 Ex 3 Figura Cita KV: Equal Control de Sauda Servicio	Pobles			Nombre Completo del Paciente
Sexo F Edad S2 a N° S.S. N° Cédula 9-198-628 Ocupación Médico Referente Funcionario Servicio Breve historia, resumen de síntomas G1 P1 AOCO, Nú nanca : 11 a, Cx di hustuctore ci las 41 a. Dro pacho, Utriúzo ustragman por 1 a to NO APP N. DIAGNOSTICO Control de Sauda 2- Queste mama 6 Exámenes Solicitados (1) Mamografia N° Examen tus 6 du ambas cita mama (Indique el órgano o la región y la clase de examen deseado y no el método a seguir (3) N° Examen Cita Techa y Lugar de Exámenes Anteriores Fecha y Lugar de Exámenes Anteriores Recepcionista: Placas: Ex 1 Ex 2 Ex 3 Placas: Ex 2 Ex 3 Findionario Servicio Servicio Manaca : 11 a , Cx di hustuctore mana 6 Extra production de la findionaria de la findio		POP TROCE STATE ST	01/0	Dirección
Breve historia, resumen de síntomas GIPIAOCO Núnanca: IIa, Cx di hustratoria del Examen Control de Saurd 2- Queste mama 6 Exámenes Solicitados (1) Mamografia Nº Examen + US 6 de ambas Cita mama (Indique el órgano o la región y la clase de examen deseado y no el método a seguir (3) Nº Examen Cita momos Cita momos (3) Nº Examen Fecha y Lugar de Exámenes Anteriores Fecha y Lugar de Exámenes Anteriores Firma: Fecha: Técnico: Formance (No Examen Fecha: F				
DIAGNOSTICO Control de Saturd 2 - Queste mama 6 Exámenes Solicitados (1) Mamografia Nº Examen + US 6 de ambos Cita memor (Indique el órgano o la región y la clase de examen deseado y no el método a seguir (3) Nº Examen Cita Fecha y Lugar de Exámenes Anteriores Fecha y Lugar de Exámenes Anteriores Recepcionista: Placas: Ex 1 Placas: Ex 2 Placas: Ex 2 Placas: Ex 3 KV: KV: Equ	FuncionarioServicio	F		Médico Referente
DIAGNOSTICO Control de Saud 2- Queste mama 6 Exámenes Solicitados (1) Manografia Nº Examen + US 6 de ambas Cita memor (Indique el órgano o la región y la clase de examen deseado y no el método a seguir (3) Nº Examen Cita Fecha y Lugar de Exámenes Anteriores Información Complementaria del Examen Recepcionista: Placas: Ex 1 Placas: Ex 2 Placas: Ex 2 Flacas: Ex 2 Flacas: Ex 3 KV: KV: Equ	1000, Nonanca: 11a, ex. di historia tata	GIPIAOCO	umen de síntomas	Breve historia, resum
Exámenes Solicitados (1)	120 ustrogunas por la to NO APP Nº AHF	o, Utilizo	la. Dio pach	_ a las 41 à
Exámenes Solicitados (I)				
Exámenes Solicitados (I)				
(Indique el órgano o la región y la clase de examen deseado y no el método a seguir (3)	rolde Salud 2- Quote mama 0	Control d		DIAGNOSTICO
y la clase de examen deseado y no el método a seguir (3)	16a No Examen + US 6 du ambas Cita mamas.	Mamografia	s (1)	Exámenes Solicitados
y no el método a seguir (3)	Nº Examen Cita	J	a región deseado (2)	
Fecha y Lugar de Exámenes Anteriores Información Complementaria del Examen Fecha: Firma: Firma: Firma: Firma: Fecha: Técnico: Firma: Fecha: Firma:	Nº Examen Cita	1	uir (3)	y no el método a seguir
Información Complementaria del Examen Fecha: Técnico: Fecha: Recepcionista: Placas: Ex 1 Placas: Placas: Ex 2 Ex 3 Fecha: Técnico: Reversión KV: KV: Fequina Reversión KV: Fecha: Fecha: Fecha: Fecha: Fecha: Técnico: Fecha: Fecha	and the		rámenes Anteriores	Fecha y Lugar de Exán
Recepcionista: Placas: Placas: Placas: KV: KV: Equ	Anno General		mentaria del Evamen	Información Compleme
Recepcionista: Placas: Placas: Placas: Ex 1 Placas: Fx 2 Placas: Fx 3 KV: KV: Fqu			nentana dei Examen	mormacion complemen
Ex 1 Ex 2 Ex 3		[Di-	Diagon	Popularia inter
				Recepcionista:
Nombre: S.S.: Dr. Fecha: Nº Ex.:		S.S.:		Nombre:

INFORME: