



CONSULTORIO MÉDICO SAN JUAN DE DIOS

SOLICITUD DE EXAMEN RADIOLÓGICO

MEDICINA GENERAL

TELEFAX: 998-5583

NOMBRE: Agustina Fierro N° DE CÉDULA: 9-105-710

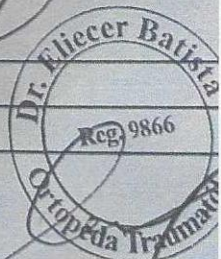
S.S.: _____ EDAD: 62 SEXO: F

BREVE HISTORIA: Dolor cervical con irradiación a
ambos brazos

DIAGNÓSTICO: mielopatía cervical

EXAMENES SOLICITADOS:

1. RMN Columna Cervical
2. _____
3. _____



FIRMA