

HOSPITAL DEL NIÑO  
DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL  
SOLICITUD DE IMAGENOLÓGÍA



☐ URGENTE

☐ PRONTITUD

☐ RUTINA

Fecha de Solicitud

01/2/23

Precio \_\_\_\_\_

Fecha del Estudio

Nombre del Paciente

Miljan

Balay

Edad

1.1/2 años

Nombre

Apellido

Apellido

# Registro

9.799-2255

Fecha Nac

Sexo

M

Sala

Cédula

Seguro Social

Cama

Especialidad

Historia dirigida y datos contribuyentes

Dr. Trigueros

Dr. Trigueros

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

ESTUDIO Y REGIÓN

1-

2-

Dr. Trigueros  
CAT - 30

Médico Residente

Médico Funcionario

HOSPITAL DEL NIÑO  
DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL  
Dr. Laurent Braggeman  
Neurocirugía  
Reg. 4953

Firma

Firma