



CENTRO DE SALUD

SOLICITUD DE EXAMEN RADIOLÓGICO

Calobe

2-1026-24

RAYOS X Nº 6

☒ ORDINARIO☐ PRONTITUDUNIDAD
EJECUTORA:

FECHA:

CAMA:

Nombre Completo
del Paciente

Nony Wilko

1(Nombre)

2(Nombre)

(Apellido-paterno)

(Apellido-materno)

(Apellido de Casada)

Dirección

Tel.:

Sexo

F

Edad

41a

Nº S.S.

Nº Cédula

9-712-1512

Ocupación

Médico Referente

Dra. Julieth G. Rodríguez D.

Funcionario

Servicio

Breve historia, resumen de síntomas

Diente con histiocitos de mastofaiguda

Y salida de secreción por el

peyón se solicita mamografía

DIAGNOSTICO

Mastofaiguda para complementar USG. BIRADS I.

Exámenes Solicitados

(1)

Mamografía

Nº Examen

Cita

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

(2)

Nº Examen

Cita

(3)

Nº Examen

Cita

Fecha y Lugar de Exámenes Anteriores

FIRMA:

CÓDIGO

Información Complementaria del Examen

Fecha:

Hora:

Técnico:

Recepcionista:

Placas:
Ex 1Placas:
Ex 2Placas:
Ex 3

KV:

Mas:

KV:

Mas:

Equipo:

Nombre:

S.S.:

Dr.

Fecha:

Nº Ex.:

INFORME:

SE RUEGA ESCRIBIR A MAQUINA O CON LETRA DE IMPRENTA