

**HOSPITAL CHIRIQUÍ, S.A.****Solicitud Médica de Imágenes**Nombre: Bryce Kimberling 80

Céd. o Pasaporte: _____ Fecha Nac.: _____

Cía. Seguro: _____ Cód. Paciente: _____

Médico: [Signature] Fecha: 27/10/2022**Rayos X**

- ☐ Abdomen
- ☐ Antebrazo
- ☐ Cara
- ☐ Clavícula
- ☐ Codo
- ☐ Col. Cervical
- ☐ Col. Dorsal
- ☐ Col. Lumbar
- ☐ Columna por Escoliosis
- ☐ Cráneo
- ☐ Fémur
- ☐ Hombro
- ☐ Húmero
- ☐ Mano
- ☐ Muñeca
- ☐ Parrilla Costal
- ☐ Pelvis
- ☐ Pie
- ☐ Pierna
- ☐ Rodilla
- ☐ Sacro/Coxis
- ☐ SPN (Senos Paranasales)
- ☐ Tobillo
- ☐ Tórax

Estudios Fluoroscópicos

- ☐ Cistograma
- ☐ Colon Por Enema
- ☐ Esogfagograma
- ☐ Histerosalpingografía
- ☐ Pielograma Intreavenoso
- ☐ SEG (Serie de Eso-gastr-duod)
- ☐ Tránsito Intestinal
- ☐ Uretrografía

Ultrasonidos

- ☒ Abdomen
- ☐ Escrotal
- ☐ Hepatobiliar
- ☐ Mama
- ☐ Obstétrico
- ☐ Pélvico
- ☐ Renal
- ☒ Tejidos Blandos inguinal derecho
- ☐ Tiroides
- ☐ Transvaginal

Mamografías

- ☐ Con Implantes
- ☐ Sin Implantes

Densitometrías

- ☐ Columna
- ☐ Cadera

Tomografía: Bryce Kimberling

Resonancia Magnética: _____

Otros: _____

Dx: Hernia inguinal

Historia Clínica: _____