

LOGO INTECNUS	INSTITUTO DE TECNOLOGÍAS NUCLEARES PARA LA SALUD	Página 1 de 1
	PRESCRIPCIÓN MÉDICA	

Nombre y Apellido:		
Documento:	HC:	
Nacimiento:	Edad:	
Ciudad:	Región:	
Ocupación:	Teléfono:	
Obra Social:	Número:	
Derivante:	Centro:	

CA DE MAMA TEST

Lateralidad:	Cuadrante:	
Karnofsky:	PS:	Comorbilidades:

Derivación:

MODALIDAD:	FECHA:	RX:
	IDEAL	ACCEPTABLE
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		

Restricciones a Órganos Recomendadas (NSABP B-51 / RTOG: 1304):

Observaciones:

Firma