



**intecnus**  
INSTITUTO DE TECNOLOGÍAS  
NUCLEARES PARA LA SALUD

INSTITUTO DE TECNOLOGÍAS NUCLEARES PARA LA SALUD

Página 1 de 1

**PRESCRIPCIÓN MÉDICA**

**Nombre:**

**Apellido:**

**Documento:**

**Nacimiento:**     /     /

**Edad:**

**HC:**

**Provincia:**

**Ciudad:**

**Teléfono:**

**Obra Social:**

**Número:**

**Derivante:**

**CÁNCER DE CERVIX**

**PS:**

**TNM:**

**E:**

**Karnofsky:**

**Comorbilidades:**

**Derivación:**

**RT:**

**FECHA:**

**PTV**

**FRACCIONAMIENTO**

**IDEAL**

**Restricciones a Órganos Recomendadas:**

**Observaciones:**

**Firma**