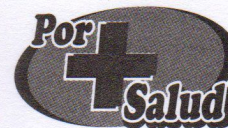


PEDIDO DE PRÁCTICA

Resonancia Magnética 1,5 T.
Resonador Abierto

Santa Fe 270 - Salta Capital
Tel.: (0387) 4217342 - 4312124
Cel.: (387) 154 184 650
387 4518 513 -  pormassalud
e-mail: pormassalud@yahoo.com.ar



Fecha:

Se solicita Imagen por Resonancia Magnética (IRM) de (*):

____ Código 34.20.____
____ Código 34.20.____
____ Código 34.20.____

ANESTESIA
SI ☐ NO ☐
CONTRASTE
SI ☐ NO ☐

Apellido y Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo M ☐ F ☐

Domicilio: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ Teléfono: _____

Internado en: _____ Teléfono: _____

Servicio: _____ Sala: _____ Piso: _____

Médico solicitante: _____ Teléfono: _____

OBRA SOCIAL: _____ AFILIADO N°: _____

Información Clínica: _____

Diagnóstico probable: _____

Estudios previos realizados: _____

Observaciones: _____

Firma y sello del médico solicitante

AUTORIZACIÓN DE LA OBRA SOCIAL

Fecha:

Código Autorizado

Código 34.20 ☐
Código 34.20 ☐ ANESTESIA
Código 34.20 ☐ SI ☐ NO ☐
Código 34.20 ☐

Firma y sello del médico auditor

Sello de Obra Social

(*) 34.20.01 IRM ANGIORESONANCIA
34.20.02 IRM DE CEREBRO, HIPOFISIS, OIDO
34.20.03 IRM DE CUELLO
34.20.04 IRM DE TORAX
34.20.05 IRM DE ABDOMEN
34.20.06 IRM DE HOMBRO DERECHO
34.20.07 IRM DE HOMBRO IZQUIERDO
34.20.08 IRM DE CODO DERECHO
34.20.09 IRM DE CODO IZQUIERDO
34.20.10 IRM DE MUÑECA IZQUIERDA
34.20.11 IRM DE MUÑECA DERECHA
34.20.12 IRM DE CADERA

34.20.13 IRM DE PELVIS
34.20.14 IRM RODILLA DERECHA
34.20.15 IRM RODILLA IZQUIERDA
34.20.16 IRM TOBILLO DERECHO
34.20.17 IRM TOBILLO IZQUIERDO
34.20.18 IRM OTRAS REGIONES
34.20.19 IRM DE COLUMNA CERVICAL
34.20.20 IRM DE COLUMNA DORSAL
34.20.21 IRM DE COLUMNA LUMBOSACRA
34.20.22 COLANGIO - RESONANCIA
34.20.23 URO - RESONANCIA
34.20.24 MIELO - RESONANCIA

Conformidad del Afiliado