

**SOLICITUD TC Y RM – SERVICIO DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES – HOSPITAL SAN LUIS**



R.P.D.  
REPARTO PROVINCIAL DE DIAGNÓSTICO

**PACIENTE**

Apellido y Nombres:  
Edad: Teléfono:

DNI:  
Domicilio:

**PROCEDENCIA HOSPITAL**

C. Periférico  Hospital Provincial  Otro: .....

**TRANSPORTE DEL ENFERMO**

Medios propios  Silla de ruedas  Cama  Ambulancia  Oxígeno  
 Otro: .....

**RESUMEN CLÍNICO ENFERMEDAD ACTUAL (HALLAZGO POSITIVO)**

**EXAMENES DE IMÁGENES PREVIAS REALIZADOS (HALLAZGO POSITIVO)**

**SOSPECHA DIAGNÓSTICA**

**EXPLORACIÓN SOLICITADA**

RM  TC

Especifique Estudio: .....

Sin Contraste  Con Contraste Oral  Con Contraste Endovenoso

**CARÁCTER DE LA PETICIÓN**

Normal (hasta 30 días)

Preferente (de 7 a 15 días)

Urgente (de 1 a 3 días).

Fundamente: .....

**ANTECEDENTES DEL PACIENTE PARA ESTUDIO (TILDE EN CASO POSITIVO Y ESPECIFIQUE)**

Posee enfermedad o antecedentes de insuficiencia renal

Material Contraste

Otros: .....

Posee antecedentes de reacciones alérgicas:  Drogas

Posee enfermedad tipo asma

Posee enfermedad cardíaca o coronaria

Posee enfermedad tiroidea

Posee otras enfermedades. Especifique: .....

Posee sospecha de embarazo

Observaciones: .....

**COMPLETAR SOLO PARA RM:**

Posee alguno de los siguientes objetos:

Marcapaso cardíaco	Prótesis	Clips cerebrales
Ortodoncia	Implantes Ortopédicos	Bomba de insulina

Si posee Prótesis, Indique la parte del cuerpo y tiempo desde que la tiene: .....

Sufre de claustrofobia

Posee Cirugías. Especifique: .....

**DETALLES DE RECIBICIÓN SERVICIO**

Fecha:

Licenciado:

Firma: