

**Dr.**

RUT:  
REG-SIS:

**SOLICITUD DE EXÁMEN**

---

**Nombre:**

**Domicilio:**

**RUT:**

**Edad:**

**Diagnóstico**

**Ex.**

---

---

**Firma**

Medical Solutions - Av. Manquehue Sur 350, Las Condes  
- Tel.: +56 2 2869 6207  
RUT: 76.948.151-6