



GOBIERNO DE
MÉXICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL EN SONORA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.5
SERVICIO DE MEDICINA FISICA y REHABILITACION

SOLICITUD DE ESTUDIOS ELECTROFISIOLÓGICOS

[] Ordinario
[] Urgente

FECHA: _____

NOMBRE: _____

Edad: _____

AFILIACIÓN: _____ AGREGADO: _____

SERVICIO: TRAUMATOLOGIA [] CONSULTA EXTERNA [] HOSPITALIZACION/CAMA _____

ESTUDIO :

[] ELECTROMIOGRAFIA

[] POTENCIALES EVOCADOS VISUALES

[] ESTUDIOS DE CONDUCCIÓN NERVIOSA

[] POTENCIALES EVOCADOS SOMATO SENSORIALES

[] OTROS

[] POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS

RESUMEN CLINICO

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

NOMBRE, MATRICULA y FIRMA
MEDICO SOLICITANTE

NOMBRE, MATRICULA y FIRMA
JEFE DE SERVICIO

NOMBRE, MATRICULA y FIRMA
AUTORIZACIÓN