



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA NO. 9**

SOLICITUD DE SERVICIOS 4-30-200

ORDINARIO: ☐ URGENTE: ☐

NOMBRE: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_

PARA SER ATENDIDO POR: \_\_\_\_\_

ENVIADO POR: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_ CAMA: \_\_\_\_\_

MEDICO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA NO. 9**

SOLICITUD DE SERVICIOS 4-30-200

ORDINARIO: ☐ URGENTE: ☐

NOMBRE: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_

PARA SER ATENDIDO POR: \_\_\_\_\_

ENVIADO POR: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_ CAMA: \_\_\_\_\_

MEDICO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA NO. 9**

SOLICITUD DE SERVICIOS 4-30-200

ORDINARIO: ☐ URGENTE: ☐

NOMBRE: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_

PARA SER ATENDIDO POR: \_\_\_\_\_

ENVIADO POR: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_ CAMA: \_\_\_\_\_

MEDICO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA NO. 9**

SOLICITUD DE SERVICIOS 4-30-200

ORDINARIO: ☐ URGENTE: ☐

NOMBRE: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_

PARA SER ATENDIDO POR: \_\_\_\_\_

ENVIADO POR: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_ CAMA: \_\_\_\_\_

MEDICO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_



# INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA NO. 9  
SOLICITUD DE ESTUDIOS

## LABORATORIO CLÍNICO

Nombre y Afiliación completa del Paciente

-  
FECHA DE SOLICITUD  
DÍA - MES - AÑO

PACIENTE  
EXTERNO

NUMERO  
CAMA

SERVICIO SOLICITANTE

DIAGNOSTICO DE PRESUNCION O DATOS CLINICOS IMPORTANTES

Nombre, Firma y Matrícula del Médico Tratante

EXAMENES SOLICITADOS