



SALUD
GOBIERNO DEL ESTADO
DE CAMPECHE

Secretaría de Salud del Estado de Campeche

**GOBIERNO
DE TODOS**

Jurisdicción Sanitaria No. _____

Unidad _____

FOLIO

202 /

CURP

SOLICITUD DE EXAMEN RADIOLOGICO

No. Expediente: _____

Nombre del Paciente: _____

Apellido paterno

Apellido materno

Nombres

Edad: _____

Sexo: _____

Fecha de solicitud: _____

dd

mm

aa

Fecha de próxima consulta: _____

dd

mm

aa

Servicio solicitante: _____

Fecha de nacimiento: _____

No. de Cama: _____

Fecha de Cita: _____

dd

mm

aa

hh

mm

Datos clínicos e indicaciones que procedan al estudio solicitado:

Diagnóstico: _____

- ☐ Abdomen simple
☐ Cráneo
☐ Senos paranasales
☐ Hueso:

Enunciar:

☐ Otros estudios

- ☐ Tórax PA
☐ Columna vertebral
☐ Urografía excretora

- ☐ Esófago, Estómago, Duodeno
☐ Colon por Enema
☐ Colecistografía

Nombre, Firma y Cédula Profesional del Médico solicitante



SALUD
GOBIERNO DEL ESTADO
DE CAMPECHE

Secretaría de Salud del Estado de Campeche

**GOBIERNO
DE TODOS**

Jurisdicción Sanitaria No. _____

Unidad _____

FOLIO

202 /

CURP

SOLICITUD DE EXAMEN RADIOLOGICO

No. Expediente: _____

Nombre del Paciente: _____

Apellido paterno

Apellido materno

Nombres

Edad: _____

Sexo: _____

Fecha de solicitud: _____

dd

mm

aa

Fecha de próxima consulta: _____

dd

mm

aa

Servicio solicitante: _____

Fecha de nacimiento: _____

No. de Cama: _____

Fecha de Cita: _____

dd

mm

aa

hh

mm

Datos clínicos e indicaciones que procedan al estudio solicitado:

Diagnóstico: _____

- ☐ Abdomen simple
☐ Cráneo
☐ Senos paranasales
☐ Hueso:

Enunciar:

☐ Otros estudios

- ☐ Tórax PA
☐ Columna vertebral
☐ Urografía excretora

- ☐ Esófago, Estómago, Duodeno
☐ Colon por Enema
☐ Colecistografía

Nombre, Firma y Cédula Profesional del Médico solicitante