

SECCION DE CLINICA FORENSE
SOLICITUD DE RAYOS X

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA: _____ **SEXO:** _____ **EDAD:** _____

NUMERO DE DICTAMEN: _____

DATOS CLINICOS:

RADIOGRAFIA (S) SOLICITADAS (S): TOMAR Y LECTURA: ☐ **SOLO LECTURA:** ☐

MEDICO SOLICITANTE: _____ **FIRMA:** _____

CLINICA DE DONDE SE ENVIA: _____

TOMADA (S) POR: NOMBRE: _____ **FIRMA:** _____

FECHA DE ENVIO A CLINICA: _____

RECIBIDO POR (NOMBRE): _____ **FECHA:** _____

Ministerio Publico

NOMBRE: _____ **FIRMA:** _____