

## DIRECCION DE MEDICINA FORENSE DEPARTAMENTO DE CLINICA FORENSE



## SECCION DE CLINICA FORENSE SOLICITUD DE RAYOS X

NOMBRE DEL PACIENTE:		
FECHA:	SEXO:	EDAD:
NUMERO DE DICTAMEN:		
DATOS CLINICOS:		
	MIDA	
OF	MED	ICE
RADIOGRAFIA (S) SOLICITADAS (S	): TOMAR Y LECT	TURA: SOLO LECTURA:
-10/-3	3	
MEDICO SOLICITANTE:	7.239 83	FIRMA:
CLINICA DE DONDE SE ENVIA:	日上	
TOMADA (S) POR: NOMBRE:	44	FIRMA:
FECHA DE ENVIO A CLINICA:	96	
RECIBIDO POR (NOMBRE):		FECHA:
	de	
Minis	Sterio P	ublico
	cel 10 1	U.S.
NOMRDE.		FIDMA.

Cualquier corrección o nota de ampliación en este documento es válida sólo con la firma de la persona autorizada.

Emitido por: HSC