*INFORME RADIOLÓGICO*

***PACIENTE***  *: ${name}*

***EXAMEN*** *: ${descripcion}*

***INDICACIÓN*** *: ${indicacion}*

***FECHA*** *: ${date}*

# *EL ESTUDIO RADIOLÓGICO DEL FÉMUR REALIZADO EN PROYECCIÓN FRONTAL Y LATERAL, MUESTRAN:*

* *Aspecto radiológico conservado del fémur en estudio, sin evidencia de soluciones de continuidad ni procesos degenerativos.*
* *Densidad ósea conservada.*
* *Partes blandas sin alteraciones.*

***IDx:***

* *FÉMUR IZQUIERDO RADIOLOGICAMENTE CONSERVADO.*

*ATENTAMENTE,*

