*INFORME RADIOLÓGICO*

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

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

***INDICACIÓN*** *: ${indicacion}*

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

# *EL ESTUDIO RADIOLÓGICO DEL PIE DERECHO REALIZADO EN PROYECCIÓN FRONTAL AP Y OBLICUA, MUESTRAN:*

* *Aspecto radiológico conservado de las estructuras óseas y espacios articulares del pie en estudio, sin evidencia de solución de continuidad ósea ni procesos degenerativos.*
* *Densidad ósea conservada.*
* *Partes blandas sin alteraciones.*

***IDx:***

* *PIE DERECHO RADIOLOGICAMENTE CONSERVADO.*

*ATENTAMENTE,*

