*INFORME RADIOLÓGICO*

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

***EDAD :*** *${edad} AÑOS*

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

***INDICACIÓN :*** *${indicacion}*

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

***EL ESTUDIO RADIOLÓGICO DEL HOMBRO DERECHO REALIZADO EN PROYECCION FRONTAL AP CON ROTACION EXTERNA E INTERNA MUESTRAN:***

* *Aspecto radiológico conservado de las estructuras óseas y espacios articulares del hombro en estudio sin evidencia de solución de continuidad ósea ni procesos degenerativos. No se evidencian lesiones blásticas ni líticas.*
* *Radiodensidad ósea conservada.*
* *No se evidencian calcificaciones anormales en las partes blandas adyacentes.*

***IDx:***

*HOMBRO DERECHO RADIOLOGICAMENTE CONSERVADO.*

*S/S CORRELACIONAR CON DATOS CLINICOS Y COMPLEMENTAR CON ECOGRAFIA DE HOMBRO SEGÚN CUADRO CLINICO EVOLUTIVO.*

*Atentamente.*

