*INFORME RADIOLÓGICO*

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

***EDAD :*** *${edad} AÑOS*

***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,*

