



SOLICITUD DE ESTUDIO RADIOLÓGICO

PARA ESTE ESTUDIO SOLICITE DÍA Y HORA EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA PREVIAMENTE A CONCURRIR A REALIZARSE EL MISMO.
NO SE REALIZARÁ EL ESTUDIO SIN COORDINACIÓN PREVIA.

FECHA:

| | | | | | |
|----------------------|--|------|------|------------------|------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | | PISO | CAMA | CÉDULA IDENTIDAD | EDAD |
| | | | | | |

| | |
|-----------------------|------|
| SERVICIO SOLICITANTE: | |
| URGENCIA: | |
| POLICLINICA | |
| INTERNACIÓN | PISO |
| | CAMA |

| |
|---------------------------------|
| ESTUDIO RADIOLÓGICO SOLICITADO: |
| 1. |
| 2. |

| |
|--|
| DATOS CLÍNICOS (EN PACIENTES CON ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS, DETALLAR EL TIPO DE INTERVENCIÓN REALIZADA) |
| |

| | | |
|---|----|----|
| SE REALIZÓ ESTUDIOS RADIOLÓGICOS ANTERIORES | SI | NO |
| | | |

| |
|---|
| FIRMA MÉDICO SOLICITANTE: |
| |
| CONTRAFIRMA Y SELLO MÉDICO SOLICITANTE: |
| |