

SOLICITUD PARA SERVICIO DE IMAGEN

Primer apellido _____ Segundo apellido _____ Nombre(s) _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad: _____ Registro: _____

Procedencia: _____ ¿Se sabe embarazada? NA
(Fecha de la última menstruación)

TIPO ESTUDIO SOLICITADO:

RESONANCIA MAGNÉTICA _____

TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADA _____

MEDICINA NUCLEAR _____

RAYOS X _____

ULTRASONIDO _____

Fecha de esta solicitud: _____

DIAGNÓSTICO: _____

RESUMEN CLÍNICO: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO SOLICITANTE:

INPSHDICEC-01

ACTUALIZACIÓN DIC/2022
MGM DPMA/EC/IC