



DIAGNOSTICO POR IMAGEN

Solicitud de Estudios Tomograficos

Datos del paciente

Nombre y Apellido:.....	Historia Clínica N°.....
Edad:.....Sexo:.....Obra Social:.....	Afiliado N°.....
Sala:.....	N°.....
Medico Solicitante:.....	

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:.....

.....

Estudios Solicitados:.....

.....

Datos Clínicos:.....

.....

Estudios Anteriores:.....

.....

Rayos X:.....

TAC:.....

EEG Ecografías:.....

Otros:.....

.....

Observaciones:.....

.....

¿Qué se espera del examen tomografico?

.....

IMPORTANTE: Si el paciente no puede permanecer inmóvil por sus propios medios, el examen debe ser solicitado con anestesia.....
.....

.....
Firma y Sello