

Diagnostico por Imagen

Fecha de Nacimiento

Fecha de Nacimiento		
DIA	MES	AÑO

Nombre y Apellido:.....Edad:.....Sexo:.....

Obra Social:.....Afiliado Nº.....L. Internac.:.....Sala:.....Cama:.....

Médico Solicitante:.....Peso:.....

Para su autorización y posterior realización deberán ser presentados:

1) ESTUDIO SOLICITADO:.....

.....

.....

2) DATOS CLÍNICOS:.....

.....

.....

3) ESTUDIOS ANTERIORES:

Enviar a esta Obra Social los informes y estudios previos que a continuación se detallan:

- Rayos X:.....

- T.A.C.:.....

- Otros:.....

.....

4) PRACTICAS SOLICITADAS:.....

.....

5) OBSERVACIONES:

¿Que se espera del examen de Resonancia Magnética Nuclear?.....

.....

6) IMPORTANTE:

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

Fecha Prescripción/...../.....

Fecha Prestación/...../.....