

11:00

PETICION DE EXAMEN RADIOLOGICO

Nº. 23700.950-9

Nº Ficha Clínica:

Fecha: 06/10/23

Nombre: ANTONIA ANZ POLIN

Edad 12

Procedencia Hosp. Florida

Sala

Cama Nº

Exámen Solicitado Nx Tumor (ap. ht)

Diagnóstico y síntomas principales

SERVIMÉDICOS
CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO SpA.
RUT: 77.252.438 - 2
Angol 265 Ex 267
CONCEPCIÓN

EXÁMENES RADIOLOGICOS
ANTERIORES PRACTICADOS
EN ESTE SERVICIO:

SI ☐

NO ☐

Nº

Nombre Médico Solicitante: Dr.

Dra. Natalia Navarro P.
Médico Cirujano
Rut: 19.098.736-1
RCM: 50033-K

Día de Citación:

Exámen efectuado por:

Ensobrado por:

Pendiente por :

13x18	18x24	24x30	30x40	35x35	ABREU

NOTA: Adjunten a esta papeleta las radiografías que están en el Servicio.

CONTRASEÑA

Nombre:

Procedencia:

Examen Solicitado:

Día de Citación:

Hora:

Indicaciones:

Gracias