



**INFORME ECOGRÁFICO**

DEPARTAMENTO		SERVICIO	Nº CAMA
APELLIDO PATERNO		MATERNO	NOMBRES
Nº HISTORIA			

**CONCLUSIÓN**

**INFORME**

Fecha: ..... / ..... / .....

ABDOMEN TOTAL ( )	PELVICA ( )	URINARIA ( )	CEREBRAL ( )
1/4 Sup. Der. ( )	OBSTETRICIA ( )	PROSTÁTICA ( )	TIROIDES ( )
1/4 Sup. Izq. ( )	MAMAS ( )	TESTICULAR ( )	ECOCARDIOGRAFIA ( )
ABDOMEN Inf. ( )	TORAX ( )	AORTA ( )	OTROS ..... ( )

Solicitante Dr. .... C.M.P. Nº ..... Fecha: ..... / ..... / .....

**INFORMACIÓN CLÍNICA**

Nº Recibo	Edad	Sexo	Caminando	Camilla	Silla de Ruedas	En su Cama	Urgente
-----------	------	------	-----------	---------	-----------------	------------	---------