

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

INFORMACIÓN CLÍNICA

Solicitante Dr. C.M.P. Nº 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 ()

INFORME

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

CONCLUSIÓN

APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRES	Nº HISTORIA
DEPARTAMENTO MEDICINA	SERVICIO MEDICINA INTERNA - B	Nº CAMA	