

NUMERO DE CUENTA:

FECHA NACIMIENTO:

D.N.I:

SOLICITUD DE EXÁMENES RADIOLÓGICOS

RADIOLOGÍA

FECHA

--	--	--

CATEGORÍA

☐	1 EMERGENCIA
☐	2 HOSPITALIZACION
☐	3 CONVENIO

☐	3 Consultas externas
☐	4 S. Operaciones
☐	5 Centro de salud

**A RADIOGRAFÍA
APARATO DIGESTIVO**

- | | |
|--------------------------|--------------------------------------|
| ☐ | 01 Abdomen simple (1) |
| ☐ | 02 Abdomen simple de Cúbito/pie (2) |
| ☐ | 03 Colangiografía Operatoria |
| ☐ | 04 Colangiografía Pos-operatoria (3) |
| ☐ | 05 Colon doble Contraste (7) |
| ☐ | 06 Esófago (3) |
| ☐ | 07 Estómago y Duodeno D/Contras (5) |
| ☐ | 08 Tránsito Intestinal (5) |

- | | |
|--------------------------|----------------------------------|
| ☐ | 06 Maxilar Superior |
| ☐ | 07 Mastoides (5) |
| ☐ | 08 Órbitas (3) |
| ☐ | 09 Peñasco cada lado (5) |
| ☐ | 10 Senos Paranasales (3) |
| ☐ | 11 Silla Turca Frente Perfil (2) |
| ☐ | 12 Temporal cada lado |
| ☐ | 13 Rinofaringe (1) |

- | | |
|--------------------------|------------------------------|
| ☐ | 06 Medición de Miembros (2) |
| ☐ | 07 Muñeca (1) |
| ☐ | 08 Muslo - Fémur (2) |
| ☐ | 09 Pie (1) |
| ☐ | 10 Pierna (1) |
| ☐ | 11 Rodilla (1) |
| ☐ | 12 Rodillas Comparativas (2) |
| ☐ | 13 Tobillo (1) |

**B RADIOGRAFÍA
APARATO UROGENITAL**

- | | |
|--------------------------|--|
| ☐ | 01 Cistografía (4) |
| ☐ | 02 Cistografía Retrógrada (4) |
| ☐ | 03 Histerosalpingografía (4) |
| ☐ | 04 Pielografía Ascendente (4) |
| ☐ | 05 Simple de Aparato Urinario (1) |
| ☐ | 06 Uretrografía Retrógrada (4) |
| ☐ | 07 Urografía Excretoria (5) |
| ☐ | 08 Urografía Excretoria P/Infusión (5) |

**D RADIOGRAFÍA
COLUMNA Y PELVIS**

- | | |
|--------------------------|-----------------------------------|
| ☐ | 01 Articulación Coxo Femoral (2) |
| ☐ | 02 Columna Cervical F-L (2) |
| ☐ | 03 Columna Cervical F-L-O (4) |
| ☐ | 04 Columna Cervical Funcional (4) |
| ☐ | 05 Columna Cervico-Dorsal (4) |
| ☐ | 06 Columna Dorsal F-L (2) |
| ☐ | 07 Columna Dorsal F-L-O (4) |
| ☐ | 08 Columna Dorso-Lumbar (2) |
| ☐ | 09 Columna Lumbar (2) |
| ☐ | 10 Columna Lumbo Sacra F-L (2) |
| ☐ | 11 Columna Lumbo Sacra F-L-O- (3) |
| ☐ | 12 Columna Sacra Coxígea F-L (2) |
| ☐ | 13 Pelvis (1) |
| ☐ | 14 Sacroiliaca a cada lado (2) |
| ☐ | 15 Columna Cervical Transoral (1) |

**F RADIOGRAFÍA
PROC. ESPEC. INVASIV.**

- | | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| ☐ | 01 Arteriografía Cerebral (6) |
| ☐ | 02 Arteriografía Periférica (6) |
| ☐ | 03 Arteriografía (5) |
| ☐ | 04 Colangiografía Transhepática (6) |
| ☐ | 05 Fistulografía (3) |
| ☐ | 06 Flebografía Segmentaria (4) |
| ☐ | 07 Mielografía (5) |
| ☐ | 08 Saliografía Unilateral (3) |
| ☐ | 09 Dacriocistografía (3) |

**C RADIOGRAFÍA
CABEZA Y CUELLO**

- | | |
|--------------------------|---------------------------------|
| ☐ | 01 Arco Zigomático (2) |
| ☐ | 02 Art. Temporo-Maxilar (2) |
| ☐ | 03 Cráneo Frontal y Lateral (2) |
| ☐ | 04 Huesos Nasales (2) |
| ☐ | 05 Maxilar Inferior (3) |

**E RADIOGRAFÍA
EXTREMIDADES**

- | | |
|--------------------------|-----------------------|
| ☐ | 01 Antebrazo (1) |
| ☐ | 02 Brazo - Húmero (1) |
| ☐ | 03 Codo (1) |
| ☐ | 04 Hombro (2) |
| ☐ | 05 Mano (1) |

G RADIOGRAFÍA TÓRAX

- | | |
|--------------------------|--------------------------------|
| ☐ | 01 Clavícula (1) |
| ☐ | 02 Corazón y Grandes vasos (3) |
| ☐ | 03 Costillas (2) |
| ☐ | 04 Esternón (2) |
| ☐ | 05 Tórax F (1) |
| ☐ | 06 Tórax F-L (2) |

**H RADIOGRAFÍA
VARIOS**

- | | |
|--------------------------|--------------------------------------|
| ☐ | 01 Edad Osea (1) |
| ☐ | 02 Rx. Transoperatoria (.....) |
| ☐ | 03 Sobre para Placas de Radiografía. |

I MAMOGRAFÍA

- | | |
|--------------------------|-------------------|
| ☐ | 01 Bilateral (4) |
| ☐ | 02 Unilateral (2) |

OBSERVACIONES:

NOMBRE

FIRMA

CMP N°

FECHA

--	--	--

HORA

--

(AM) (PM)

Apell. Paterno

Nº H.C.

Apell. Materno

Servicio:

Nombres

Sexo

Edad

Sala

Cama Nº

M

F

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA:

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

ADMINISIONISTA:

Rec. Nº

Monto

CITA:

FECHA

--	--	--

HORA

--

(AM) (PM)

OPERADOR DE Rx:

PLACAS UTILIZADAS:

DIMENSIÓN	BUENAS	MALOGRADAS
14 X 17		
14 X 14		
30 X 40		
11 X 14		
24 X 30		
18 X 24		
TOTAL		

FIRMA OPERADOR Rx

HORA

--

(AM) (PM)

FECHA

--	--	--

CÓDIGO: