



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD



**HOSPITAL GENERAL ACTOPAN
ORDEN DE ULTRASONIDO**

NOMBRE: _____ EDAD: _____

FECHA: _____ IMPRESION DIAGNOSTICA: _____

FAVOR DE REALIZAR:

MEDICO SOLICITANTE: _____ FIRMA: _____



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD



**HOSPITAL GENERAL ACTOPAN
ORDEN DE ULTRASONIDO**

NOMBRE: _____ EDAD: _____

FECHA: _____ IMPRESION DIAGNOSTICA: _____

FAVOR DE REALIZAR:

MEDICO SOLICITANTE: _____ FIRMA: _____