



HOSPITAL GENERAL DE ACTOPAN
SERVICIO DE RADIOLOGIA E IMAGEN

FECHA DE SOLICITUD: _____ HORA ELABORACION: _____ FECHA DE LA PROXIMA CITA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA NACIMIENTO: _____

EDAD: _____ SEXO: _____

SERVICIO SOLICITANTE: _____ EXTERNO: _____ NO. CAMA: _____

ESTUDIO SOLICITADO:

- RX: _____
- USG: _____
- TC: _____

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO: _____

ORDINARIO: ____

PRIORITARIO: ____

NOMBRE, MATRICULA Y FIRMA DEL MÉDICO SOLICITANTE