

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICION EDAD (MARCAR)			
									H	D	M	A

B. SERVICIO Y PRIORIDAD DE ATENCIÓN

SERVICIO				ESPECIALIDAD		CAMA	SALA	PRIORIDAD					
EMERGENCIA		CONSULTA EXTERNA		HOSPITALIZACIÓN				URGENTE		RUTINA		CONTROL	

C. ESTUDIO DE IMAGENOLÓGIA SOLICITADO

RX CONVENCIONAL		RX PORTÁTIL		TOMOGRFÍA		RESONANCIA		ECOGRAFÍA		MAMOGRAFÍA		PROCEDIMIENTO		OTRO		SEDACIÓN	SI		NO	
DESCRIPCIÓN		<div>⇒</div>																		

D. MOTIVO DE LA SOLICITUD

REGISTRAR LAS RAZONES PARA SOLICITAR EL ESTUDIO

FUM (aaaa-mm-dd)		PACIENTE CONTAMINADO	SI		NO	

E. RESUMEN CLÍNICO ACTUAL

REGISTRAR DE MANERA OBLIGATORIA EL CUADRO CLÍNICO ACTUAL DEL PACIENTE

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.				4.			
2.				5.			
3.				6.			

G. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	