

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 										

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		