

**SOLICITUD DE EXAMEN RADIOLOGICO**

FECHA: \_\_\_\_\_ RUN PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NAC: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
PREVISION: FONASA A\_\_ B\_\_ C\_\_ D\_\_ ISAPRE\_\_ PART\_\_ ACC\_\_ TRAN\_\_

NOMBRE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
--------	------------------	------------------

PROCEDENCIA (INDIQUE CON UNA X): AMB: \_\_\_ URG: \_\_\_ HOSP: \_\_\_ SALA \_\_\_ CAMA \_\_\_

EXAMEN(ES) SOLICITADO(S): \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO(S): \_\_\_\_\_

EXAMENES RADIOLOGICOS ANTERIORES PRACTICADOS EN EL SERVICIO: SI\_\_ NO\_\_

NOMBRE MEDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ RUN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y TIMBRE DEL MEDICO

**UNIDAD DE RAYOS**

DIA DE CITACION: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

CODIGO(S) DEL EXAMEN(ES): \_\_\_\_\_

EXAMEN EFECTUADO POR: \_\_\_\_\_ Nº FICHA: \_\_\_\_\_

PENDIENTE POR: \_\_\_\_\_

**SOLICITUD DE EXAMEN RADIOLOGICO**

FECHA: \_\_\_\_\_ RUN PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NAC: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
PREVISION: FONASA A\_\_ B\_\_ C\_\_ D\_\_ ISAPRE\_\_ PART\_\_ ACC\_\_ TRAN\_\_

NOMBRE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
--------	------------------	------------------

PROCEDENCIA (INDIQUE CON UNA X): AMB: \_\_\_ URG: \_\_\_ HOSP: \_\_\_ SALA \_\_\_ CAMA \_\_\_

EXAMEN(ES) SOLICITADO(S): \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO(S): \_\_\_\_\_

EXAMENES RADIOLOGICOS ANTERIORES PRACTICADOS EN EL SERVICIO: SI\_\_ NO\_\_

NOMBRE MEDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ RUN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y TIMBRE DEL MEDICO

**UNIDAD DE RAYOS**

DIA DE CITACION: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

CODIGO(S) DEL EXAMEN(ES): \_\_\_\_\_

EXAMEN EFECTUADO POR: \_\_\_\_\_ Nº FICHA: \_\_\_\_\_

PENDIENTE POR: \_\_\_\_\_