

SOLICITUD DE EXAMEN O PROCEDIMIENTO

FECHA RUT FECHA DE NAC.

NOMBRE

EDAD TELEFONO DIRECCION

DIAGNOSTICO

PROCEDENCIA SALA CAMA

RUTINA URGENTE

CODIGO	PRESTACION	IZQ.	DER.	CODIGO	PRESTACION	IZQ.	DER.	CODIGO	PRESTACION	IZQ.	DER.
04 01 009	TORAX AP O PA < 15 AÑOS			04 01 054	CODOS AP Y L			04 01 046	COLUMNA LUMBOSACRA AP-L 5° ESP.		
04 01 009	TORAX LATERAL < 15 AÑOS			04 01 054	DEDOS AP Y L			04 01 046	COLUMNA LUMBAR AP Y L		
04 01 009	TORAX AP O PA > 15 AÑOS			04 01 031	ARTICULACIONES TEMPORO MANDIBULARES			04 01 031	CAVIDADES PERINASALES		
04 01 009	TORAX LATERAL > 15 AÑOS			04 01 031	ORBITAS			04 01 002	CAVUM RINOFARINGEO		
04 01 070	TORAX AP Y L < 15 AÑOS			04 01 031	HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ			04 01 013	ABDOMEN SIMPLE		
04 01 070	TORAX AP Y L > 15 AÑOS			04 01 031	MALARES			04 01 056	EDAD OSEA		
04 01 151	PELVIS AP < 15 AÑOS			04 01 060	RODILLA AP Y L			04 01 062	AXIAL DE ROTULAS		
04 01 051	PELVIS PA > 15 AÑOS			04 01 060	FEMUR			04 01 028	RENAL SIMPLE		
04 01 051	CADERA AP			04 01 060	PIERNA			04 01 029	VESICAL SIMPLE		
04 01 052	LOWENSTEIN			04 01 045	PARRILLA COSTAL AP			04 01 063	TUNEL INTERCONDILEO		
04 01 032	CRANEO AP Y L			04 01 060	PARRILLA COSTAL AP Y LOCALIZADA			04 01 063	TUNEL CARPIANO		
04 01 033	BASE DE CRANEO			04 01 060	HOMBRO AP Y L			04 01 062	ESCAPULA P Y AXIAL		
04 01 054	TOBILLO AP Y L			04 01 060	ESTERNON			04 01 062	ESCAPULA AXIAL		
04 01 054	CALCANEOS			04 01 049	COLUMNA DORSOLUMBAR FOLIO GRADUADO			04 01 053	SACROCOXIS-SACROILIACAS		
04 01 054	MUÑECA AP Y L			04 01 055	CLAVICULAS			04 01 054	BRAZO Y HUMERO		
04 01 054	PIE AP Y OBLICUA			04 01 042	COLUMNA CERVICAL AP Y L			04 01 040	SILLA TURCA LATERAL		
04 01 054	PIE AP Y L CON APOYO			04 01 043	COLUMNA CERVICAL AP Y OBLICUAS			04 01 040	SILLA TURCA LATERAL Y AXIAL		
04 01 054	AMBAS MANOS AP			04 01 044	COLUMNA CERVICAL FUNCIONAL			04 01 015	COLANGIOGRAFIA		
04 01 054	MANOS AP Y OBLICUAS			04 01 045	COLUMNA DORSAL AP Y L			04 01 023	TRANSITO INTEST.DELGADO		
04 01 054	ANTEBRAZO			04 01 045	COLUMNA DORSOLUMBAR AP			04 01 058	ESCAFOIDES 4 PROYECCIONES		

OTRO

PACIENTE EMBARAZADA O CON SOSPECHAS DE EMBARAZO

Autorizo que me realicen la radiografía solicitada habiendo sido informada de los riesgos y beneficios

FIRMA Y TIMBRE MEDICO SOLICITANTE

FIRMA PACIENTE: _____.