

PRIORIDAD:    NORMAL             URGENTE             PREFERENTE

PACIENTE: .....

SEXO:            MASCULINO             FEMENINO

MÉDICO: .....

MANIFESTACIONES CLÍNICAS/DIAGNÓSTICO: .....

TELF: .....

EDAD: .....

FECHA: .....

EMAIL: .....

CIE 10: .....

**SOLICITUD DE ESTUDIOS DE IMAGENOLÓGÍA**

RADIOLOGÍA CONVENCIONAL

- Cavum
- Cadera pediátrica: \_\_\_\_\_
- Tórax: \_\_\_\_\_
- Pelvis: \_\_\_\_\_
- Columna: \_\_\_\_\_
- Abdomen: \_\_\_\_\_
- Rodilla: \_\_\_\_\_  D  I
- Tobillo: \_\_\_\_\_
- Pie: \_\_\_\_\_
- Mano: \_\_\_\_\_
- Muñeca: \_\_\_\_\_
- Hombro: \_\_\_\_\_
- Codo: \_\_\_\_\_
- Otros: \_\_\_\_\_

ULTRASONIDO DOPPLER

- Carótidas
- Renal
- Portal
- Obstétrico
- Testicular
- Miembros superiores arterial
- Miembros superiores venoso
- Miembros inferiores arterial
- Miembros inferiores venoso
- Otros: \_\_\_\_\_

FLUOROSCOPIA

- Colon por enema
- Serie esófago gastroduodenal
- Esofagograma
- Tránsito intestinal
- Uretrocistografía
- Otros: \_\_\_\_\_

ULTRASONIDO

- Tiroides
- Mamario
- Renal
- Abdomen Superior
- Pélvico
- FAST
- Endovaginal
- Prostático suprapúbico
- Vesical con residuo postmicción
- Testicular
- Fosa Iliáca    D  I
- Inguinal        D  I
- Obstétrico
- Partes Blandas: \_\_\_\_\_
- Músculo Esquelético: \_\_\_\_\_
- Elastografía: \_\_\_\_\_
- Cuanificación de Grasa Hepática

IMAGEN CARDÍACA

- Ecocardiograma Doppler color
- Ecocardiograma con stress farmacológico
- Ecocardiograma con contraste salino
- Score de calcio
- Coronario TC
- RM Perfusión simple y contrastada
- RM Corazón simple
- Otros: \_\_\_\_\_

TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA

- |  | S                        | C                        |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cráneo                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Senos paranasales       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Cuello                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Tórax                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Abdomen y Pelvis        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Abdomen                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Pelvis                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Urotomografía           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Extremidades: _____     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Columna: _____          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Angio Tomografía: _____ |                          |                          |
| Otros: _____                                     |                          |                          |

RESONANCIA MAGNÉTICA

- |  | S                        | C                        |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cráneo                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Fosa posterior                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hipófisis                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Cuello                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Columna: _____                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Articulación: _____                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Abdomen: _____                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Pelvis: _____                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Pelvis ginecológica (útero y ovarios) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Multiparamétrica Próstata             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Colangiorenancia                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Angioresonancia: _____                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otros: _____   |                          |                          |

STICKER

OBSERVACIONES GENERALES: \_\_\_\_\_