

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 IMAGENOLOGÍA SOLICITADO												
RX CONVENCIONAL	RX PORTÁTIL	TOMOGRFÍA	RESONANCIA	ECOGRAFÍA	MAMOGRAFÍA	PROCEDIMIENTO	OTRO	SEDACIÓN	SI	NO		
DESCRIPCIÓN	<input type="text"/>											

D. MOTIVO DE LA SOLICITUD												
FUM (aaaa-mm-dd)		PACIENTE CONTAMINADO	SI	NO	REGISTRAR LAS RAZONES PARA SOLICITAR EL ESTUDIO							

E. RESUMEN CLÍNICO ACTUAL												
												REGISTRAR DE MANERA OBLIGATORIA EL CUADRO CLÍNICO ACTUAL DEL PACIENTE

F. DIAGNÓSTICO													
		PRE= PRESUNTIVO	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				

