



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería
Avda. Dra. Ana Parra, s/n - 04600 Huércal-Overa (Almería)
Teléfono: 950 02 9000

SOLICITUD DE ESTUDIO DE RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA (R.N.M.)

Cumplimentar si no tiene etiqueta

Nº HC:	Nº SS:
APELLIDO 1:	
APELLIDO 2:	
NOMBRE:	
FECHA NAC.:	(EDAD):

D.N.I. DEL PACIENTE: _____ TAS: _____ TEL.: _____

DOMICILIO: _____ POBLACIÓN: _____

SERVICIO SOLICITANTE: _____ DR.: _____

CONSULTAS EXTERNAS HOSPITAL DE DESTINO: _____

INGRESADO HABITACIÓN: _____ FECHA: _____ FECHA CONFIRMACIÓN: _____

FECHA CITACIÓN: _____ HORA: _____

HISTORIA CLÍNICA. EXPLORACIONES REALIZADAS.
DATOS COMPLEMENTARIOS DE INTERÉS PARA EL DIAGNÓSTICO
DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA CONCRETO. (NO GENÉRICO)
LOCALIZACIÓN DEL ESTUDIO

CONTRASTE: SI NO (Márquese lo que proceda)

ALERGIAS CONOCIDAS: _____

COLABORACIÓN DEL PACIENTE:

- NORMAL
- DUDOSA (Claustrofobia, niño pequeño, etc.)
- ANESTESIADO (UCI, Reanimación)

CONTRAINDICACIÓN:

- ABSOLUTA (Marcapasos cardiaco)
- RELATIVA (Prótesis metálicas, vasculares, de oído medio, Clips metálicos, intracraneales, bombas de infusión)

MÉDICO SOLICITANTE

Vº Bº JEFE SERVICIO

Vº Bº DIRECCIÓN

H-I 19/FC

NO RELLENAR UN EPÍGRAFE INVALIDA LA SOLICITUD