

## DOCUMENTO DE SOLICITUD DE PROCEDIMIENTO DE DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN

EJEMPLAR PARA EL PACIENTE

3920405793

<b>DATOS DEL USUARIO</b>	Apellidos y nombre:		D.N.I.:	Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> H	Fecha nacimiento:	NUHSA:
	Dirección:		Localidad:	Provincia:	Código postal:	NUSS:
	Financiación Episodio		Teléfonos de contacto:			
<b>DATOS DE LA SOLICITUD</b>	Apellidos y nombre del facultativo solicitante:		UGC/Servicio-Especialidad solicitante:		Unidad solicitante:	
	Centro de procedencia:		CNP:		Clave médica:	
	Área de actividad solicitante:		Carácter:	Fecha solicitud:	Fecha indicada por el facultativo:	
	Pertenece al proceso:		Traslado en ambulancia: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		El usuario solicita cita a partir de:	
<b>PROCEDIMIENTO</b>	NOMBRE	CÓDIGO	NOMBRE		CÓDIGO	
<b>DESTINO RESULTADOS</b>	<b>CUMPLIMENTAR LOS SIGUIENTES CAMPOS EN CASO DE QUE LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA DEBAN SER ENVIADOS A OTRO DESTINO DISTINTO AL SOLICITANTE</b>					
	Apellidos y nombre del facultativo:		UGC/Servicio-Especialidad:		Unidad:	
	Centro:		Área de actividad:			
FIRMA DEL FACULTATIVO SOLICITANTE:		FECHA DE PRESENTACIÓN Y SELLO: (Cumplimentar en el punto de recepción)		FIRMA DEL USUARIO: (Si el paciente ejerce libre elección o solicita aplazar la cita)		

Deberá presentar este documento en el punto de ATENCIÓN AL USUARIO del Centro en el plazo máximo de 7 días desde la fecha de solicitud por el facultativo  
 Para más información contacte con los teléfonos:  
 La garantía de plazo de respuesta recogida en el Decreto 96/2004 de 9 de marzo (B.O.J.A. nº 62 de 30 de marzo de 2004) se aplicará cuando se cumplan las condiciones en él establecidas

**DATOS CLINICOS:**

**INFORME ESPECIALISTA:**

Fecha y Firma