



PACIENTE

apellidos	nombre	edad
fecha nacimiento	nº seguridad social/tarjeta sanitaria	
domicilio	municipio	teléfono

nº historia clínica

FACULTATIVO

apellidos, nombre	
servicio peticionario	fecha

CONSULTA DE RADIODIAGNÓSTICO

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

solicitud de exploración radiológica _____ / _____ firma Dr. _____

<input type="checkbox"/> cama	<input type="checkbox"/> t. urgente	nº registro Rx _____	<input type="checkbox"/> particular					
<input type="checkbox"/> silla	<input type="checkbox"/> t. preferente	citación _____	nº placas <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>43</td><td>35</td><td>30</td><td>24</td><td>18</td></tr></table>	43	35	30	24	18
43	35	30	24	18				
<input type="checkbox"/> andando	<input type="checkbox"/> t. normal	<input type="checkbox"/> portátil planta						
		<input type="checkbox"/> portátil quirófano						

DATOS TÉCNICOS

nombre ATS/DUE _____ nombre TER _____

observaciones _____

OBSERVACIONES DE REALIZACIÓN

DIAGNÓSTICO