



nº historia clínica

PACIENTE

apellidos _____ nombre _____ edad _____ DNI _____
fecha nacimiento _____ nº seguridad social/tarjeta sanitaria _____ teléfono _____
dirección _____ CP _____ localidad _____ provincia _____

SOLICITUD DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA Y RESONANCIA MAGNÉTICA

la no cumplimentación de alguno de los apartados será motivo de devolución de la solicitud

PROCEDENCIA ☐ hospital general ☐ hospital provincial ☐ consultas externas ☐ fecha de petición _____
☐ hospital materno-infantil ☐ hospital los morales ☐ centros periféricos _____
cama ☐ otros _____

SERVICIO PETICIONARIO _____ Dr. _____ Firma _____

TRANSPORTE DEL ENFERMO ☐ medios propios ☐ silla de ruedas ☐ cama ☐ ambulancia ☐ oxígeno

ANTECEDENTES CLÍNICOS Y QUIRÚRGICOS DE INTERÉS. SINTOMATOLOGÍA ACTUAL

EXÁMENES DE IMAGEN PREVIOS REALIZADOS AL PACIENTE. HALLAZGOS PRINCIPALES

DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE SOSPECHA

EXPLORACIÓN SOLICITADA

☐ Tomografía computarizada ó ☐ Resonancia magnética

CARÁCTER DE LA PETICIÓN

☐ normal ☐ preferente (*) ☐ urgente (*) (*) motivo _____

REGIÓN A EXAMINAR

☐ cráneo	☐ órbitas	☐ cuello	☐ tórax	☐ mama
☐ silla turca	☐ macizo facial	☐ columna cervical	☐ abdomen superior	
☐ fosa posterior / CAIS	☐ senos paranasales	☐ columna dorsal	☐ pelvis	
☐ peñascos, mastoides	☐ ATM	☐ columna lumbosacra	☐ colangio-RM	

extremidades

☐ hombro	☐ cadera	☐ otras especificar _____
☐ codo	☐ rodilla	☐ angio TC especificar área _____
☐ muñeca/mano	☐ tobillo/pie	☐ angio RM especificar área _____
		☐ PAAF especificar área _____

A CUMPLIMENTAR EN RADIODIAGNÓSTICO

Fecha recepción _____ Citación _____

Radiólogo Dr. _____ ☐ Devolución solicitud Exploración a realizar _____

Observaciones: