



Solicitud de Pruebas Diagnósticas por Imagen

(*) DATOS DE CUMPLIMENTACIÓN OBLIGATORIA

Datos del Usuario	Apellidos y nombre: (*)		Sexo: (*)	Fecha de nacimiento: (*)
	DNI:	Nº Historia Clínica:	NUHSA: (*) AN	

Datos de la solicitud	Apellidos y nombre del facultativo solicitante: (*)		UGC/ Servicio-Especialidad: (*)
	Centro de Procedencia: (*) HURS: Distrito Sanitario C. Salud o Consultorio Otros		

Datos del Estudio	Carácter de la petición: (*)	Área funcional: (*)	Cama: (*)
	Tipo de prueba: (*)	Exploración solicitada: (*)	
	Justificación clínica: (*)		
	Sospecha diagnóstica: (*)		

Córdoba,

Solicitud de Pruebas Diagnósticas por Imagen