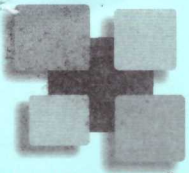


EMERGENCIA



SOLICITUD DE EXAMEN

HOSPITAL ESPAÑOL

FECHA

HORA

SECTOR

CAMA

USUARIO _____ EDAD _____ C.I. _____

A REALIZARSE EN: H. ESPAÑOL OTRA _____

ACTIVIDAD: RADIOLOGIA LABORATORIO OTROS _____

CONDICION: POLICLINICO INTERNACION URGENTE NO URGENTE

EXAMEN

DATO CLINICO

MEDICO SOLICITANTE _____
AUTORIZACION SI NO

FIRMA Y SELLO

FIRMA AUTORIZADA _____

SELLO _____