



Formato para Estudios

Nombre del Paciente: _____
 Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Fecha de Valoración: ___/___/___
 Médico Tratante: _____
 Diagnóstico: _____

Ultrasonido General

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Cuello | <input type="radio"/> Abdominal | <input type="radio"/> Partes Blandas |
| <input type="radio"/> Tiroides | <input type="radio"/> Endovaginal | <input type="radio"/> Testicular |
| <input type="radio"/> Mama | <input type="radio"/> Pélvico | <input type="radio"/> Obstétrico |

Descripción del Estudio

Radiología

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Cráneo Ap. y Lat. | <input type="radio"/> Col. Dorsal Ap. y Lat. | <input type="radio"/> Fémur Ap. y Lat. |
| <input type="radio"/> Serie de Senos Paran. | <input type="radio"/> Hombro Ap. | <input type="radio"/> Rodilla Ap y Lat. |
| <input type="radio"/> Tele de Tórax | <input type="radio"/> Húmero Ap. y Lat. | <input type="radio"/> Pierna Ap. y Lat. |
| <input type="radio"/> Serie de Abdomen | <input type="radio"/> Antebrazo Ap. y Lat. | <input type="radio"/> Tobillo Ap. y Lat. |
| <input type="radio"/> Col. Cervical Ap. y Lat. | <input type="radio"/> Muñeca Ap. y Lat. | <input type="radio"/> Pie Ap. y Lat. |
| <input type="radio"/> Col. Lumbar Ap. y Lat. | <input type="radio"/> Mano Ap. y Lat. | <input type="radio"/> Pelvis Ap. |

Descripción del Estudio
