

Universidad Estatal del Valle de Ecatepec Clínica Integral Universitaria



INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA

Nombre:		No. expediente:	Fecha:
Fecha de toma de la radiografía:	Género: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino		Vistas obtenidas:
Formato ABCS			
Conclusiones:			
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
Recomendaciones:			
Nombre de quien elaboró:		Nombre y firma del tratante:	
Firma de autorización			

INSTRUCTIVO DE LLENADO

FORMATO: CIU-RX

Nota: El llenado de éste formato será con bolígrafo con tinta negra.

1	Nombre	Registrar el nombre completo del paciente (Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre(s))
2	Número de expediente	Registrar número completo de expediente
3	Fecha	Registrar fecha con número usando el formato DD/MM/AA
4	Fecha de toma de la radiografía	Registrar fecha con número usando el formato DD/MM/AA
5	Género	Registrar con una X en el cuadro de alguna de las dos opciones
6	Vistas obtenidas	Registrar las vistas obtenidas
7	Formato ABCS	Registrar información de los hallazgos relevantes
8	Conclusiones	Registrar conclusiones de los hallazgos encontrados
9	Recomendaciones	Registrar recomendaciones, si es necesario otro estudio o radiografías
10	Nombre de quien elaboró	Registrar el nombre completo del estudiante o pasante (Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre(s))
11	Nombre y firma del tratante	Registrar el nombre completo del pasante (Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre(s)) y firma
12	Firma de autorización	Registrar firma del Coordinador o Profesor