



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO

UNIVERSIDAD ESTATAL DEL VALLE DE ECATEPEC  
CLÍNICA INTEGRAL UNIVERSITARIA



FECHA

**SOLICITUD DE ESTUDIO RADIOLOGICO**

SERVICIO

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO,MATERNIO,NOMBRE)

EDAD

SEXO

No DE EXP

F

M

DATOS CLINICOS O DIAGNÓSTICO PROBABLE (A LLENAR POR EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO O SERVICIO)

SOLICITANTE (NOMBRE Y FIRMA)

VoBo DEL COORDINADOR



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO

UNIVERSIDAD ESTATAL DEL VALLE DE ECATEPEC  
CLÍNICA INTEGRAL UNIVERSITARIA



FECHA

**SOLICITUD DE ESTUDIO RADIOLOGICO**

SERVICIO

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO,MATERNIO,NOMBRE)

EDAD

SEXO

No DE EXP

F

M

DATOS CLINICOS O DIAGNÓSTICO PROBABLE (A LLENAR POR EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO O SERVICIO)

SOLICITANTE (NOMBRE Y FIRMA)

VoBo DEL COORDINADOR

Instructivo de llenado  
**SOLICITUD DE ESTUDIO RADIOLÓGICO**

1. Fecha: Registrar fecha con numero usando el formato DD/MM/AA
2. Servicio: Indicar el servicio que se está brindando al paciente (Acupuntura, Quiropráctica, Rehabilitación, Gerontología, Filtro, Clínica de internos, investigación )
3. Nombre: Registrar el nombre completo del paciente (Apellido paterno, Apellido materno y Nombre)
4. Edad: Registrar la edad del paciente
5. Sexo: Registrar con una "X", el sexo del paciente
6. Expediente: Registrar con claridad el número de expediente, en caso de que no se tenga número, anotar N/A
7. Diagnóstico: Registrar el diagnóstico (s) presuntivo y/o signos, síntomas relevantes
8. Solicitante: Registrar el nombre completo del solicitante (Apellido paterno, Apellido materno y Nombres) y asentar su firma
9. Vo.Bo. del coordinador: Registrar el nombre completo del coordinador del área (Acupuntura, Quiropráctica, Rehabilitación, Gerontología) y asentar su firma.