

SOLICITUD DE EXAMEN



Destino

DATOS DEL PACIENTE

Nombre

Apellido Paterno

Apellido Materno

R.U.T.

Fecha de Nacimiento

Teléfono

Diagnósticos:

Examen Solicitado:

Observaciones:

DATOS DEL MÉDICO

Nombre

Apellido Paterno

Apellido Materno

R.U.T.

Especialidad

FIRMA