



Mariano Boedo 151
 Tel. (0387) 4215342 / 4216552
 Fax: (0387) 4216552
 www.tomografodelestado.com.ar

Fecha: / /

Pedido Médico de I.R.M.

PACIENTE: Doc. tipo: N°

Fecha de Nac.: Edad: Sexo: H.C. N°:

Dirección: Teléfono:

Obra Social: Afiliado N°:

Peso mayor de 130 Kg.?: SI NO Paciente Alérgico?: SI NO

Requiere Anestesia?: SI NO Requiere Contraste SI NO

Contraindicaciones para el uso de contraste endovenoso SI NO

Internado en: Servicio: Sala: Piso:

Médico que solicita el estudio: Tel.: Cel.:

Se solicita **IMAGEN por RESONANCIA MAGNÉTICA (IRM)** de

..... Código 34.20.:

..... Código 34.20.:

..... Código 34.20.:

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO (En letra legible):

INFORMACIÓN CLÍNICA (En letra legible):

ESTUDIOS PREVIOS REALIZADOS:

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:

Nota: Es muy importante para realizar este estudio que el paciente concurra el día del examen con los estudios anteriores realizados.

OBSERVACIONES:

OBRA SOCIAL O ENTIDAD QUE AUTORIZA EL ESTUDIO:

FIRMA Y SELLO

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO SOLICITANTE

LUGAR Y FECHA:

Por favor llene esta solicitud de estudio en forma clara y legible, y remita las dos copias a esta institución

34.20.01	I.R.M. Angioresonancia	34.20.09	I.R.M. de Codo Izquierdo	34.20.17	I.R.M. de Tobillo Izquierdo
34.20.02	I.R.M. de Cerebro, Hipofisis, Oído	34.20.10	I.R.M. de Muñeca Izquierda	34.20.18	I.R.M. de Otras Regiones
34.20.03	I.R.M. de Cuello	34.20.11	I.R.M. de Muñeca Derecha	34.20.19	I.R.M. de Columna Cervical
34.20.04	I.R.M. de Tórax	34.20.12	I.R.M. de Cadera	34.20.20	I.R.M. de Columna Dorsal
34.20.05	I.R.M. de Abdomen	34.20.13	I.R.M. de Pelvis	34.20.21	I.R.M. de Columna Lumbosacra
34.20.06	I.R.M. de Hombro Derecho	34.20.14	I.R.M. de Rodilla Derecha	34.20.22	I.R.M. Colangiorensonancia
34.20.07	I.R.M. de Hombro Izquierdo	34.20.15	I.R.M. de Rodilla Izquierda	34.20.23	I.R.M. Uroresonancia
34.20.08	I.R.M. de Codo Derecho	34.20.16	I.R.M. de Tobillo Derecho	34.20.24	I.R.M. Mielresonancia

Pacientes afiliados a  sin pago de coseguro.