



COMPROMISO – SERVICIO AL CLIENTE – CALIDAD

SOLICITUD PARA REPORTES/CD

Nombre del Paciente: _____ IDENTIFICACIÓN VERIFICADA: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ No. de Teléfono: _____

Fecha(s) de servicio: _____

1. Marque con círculo sus opciones:

CD REPORTES AMBOS

2. Marque con círculo sus opciones:

ULTRASONIDO DENSIDAD ÓSEA MAMOGRAFÍA RADIOGRAFÍA
RESONANCIA MAGNETICA (o) IRM TOMOGRAFÍA COMPUTADORIZADA TEP

3. Marque con círculo sus opciones:

RECOGER ENVIAR POR CORREO _____

Firma: _____

Fecha para recoger sus reportes: _____ Hora para recogerlos: _____

COMENTARIOS: _____

NOMBRE DEL EMPLEADO QUE TOMÓ LA SOLICITUD: _____