



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

Fecha: / /

Pedido Médico de T.C.

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:

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

Se solicita **TOMOGRAFÍA COMPUTADA (T.C.)** de

..... Código 34.10.:

..... Código 34.10.:

..... Código 34.10.:

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO (En letra legible):

INFORMACIÓN CLÍNICA (En letra legible):

ESTUDIOS PREVIOS REALIZADOS:

ANTECEDENTES QUIRURGICOS:

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

OBSERVACIONES:

LUGAR Y FECHA:

FIRMA Y SELLO

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO SOLICITANTE

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

34.10.01	T.A.C. DE CEREBRO STANDARD	34.10.09	T.A.C. ESPLENICA - RENAL - ETC.
34.10.02	T.A.C. DE CEREBRO REFORZADO	34.10.10	T.A.C. DE TORAX
34.10.03	T.A.C. DE CEREBRO CONTROL	34.10.11	T.A.C. DE VEJIGA Y PRÓSTATA
34.10.04	T.A.C. DE OFTALMOLÓGICA	34.10.12	T.A.C. OTRAS REGIONES U ÓRGANOS
34.10.05	T.A.C. DE TIROIDES	34.10.13	T.A.C. DE COLUMNA
34.10.06	T.A.C. MAMARIA	16.01.01	T.A.C. ANESTESIA GENERAL
34.10.07	T.A.C. PELVIS O GINECOLOGIA	01.03.09	PUNCIÓN LUMBAR
34.10.08	COMPLETA DE ABDOMEN		

EMBARCACIÓN

HOSPITAL SAN ROQUE
 CORDOBA 500 CP 4550
 TEL. 03878-471965 INT. 235

TARTAGAL

HOSPITAL JUAN DOMINGO PERON
 ALBERDI 855 CP 4560
 TEL. 03873-421648 INT. 131

ORAN

HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL
 PIZARRO 710 CP 4530
 TEL. 03878-421746 INT. 167

CAFAYATE

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO
 12 DE OCTUBRE ESQ. GRAL. PAZ CP 4427
 TEL. 03868-422010

Pacientes afiliados a  sin pago de coseguro.