



## ORDEN DE RADIOLOGÍA

## SECCION A. Información a ser completada por del Paciente

NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR \_\_\_\_\_  
1ER. NOMBRE 2DO. NOMBRE 1ER APELLIDO 2DO. APELLIDONOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE \_\_\_\_\_  
1ER. NOMBRE 2DO. NOMBRE 1ER APELLIDO 2DO. APELLIDO

EDAD \_\_\_\_\_ EMPRESA / PLAN \_\_\_\_\_

CARNÉ 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 (sin guiones) DPI: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## SECCION B. Información a ser completada por el Médico

1. FECHA DE EMISION DE SOLICITUD \_\_\_\_\_ FECHA ESTIMADA INICIO ENFERMEDAD \_\_\_\_\_

2. DIAGNÓSTICOS 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_

## SOLO PUEDE ORDENAR EXÁMENES RELACIONADAS CON LOS DIAGNÓSTICOS INDICADOS

DESCRIPCIÓN	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CÓDIGO
<b>CRANEO</b>		<b>SISTEMA BILIAR</b>		Mano AP	73120
Cráneo 3 proyecciones	70250	Colecistograma Oral	74290	Mano AP, Lat., Oblic.	73130
Senos 3 Vistas	70220	Colang. Endovenoso	74310	Rodilla AP y Lat.	73570
Nasofaringe Lateral	70370	<b>SISTEMA URINARIO</b>		Muslo AP y Lat.	73590
Mandíbula 3 Vistas	70110	Pielograma I.V.	74440	Pierna AP y Lat.	735902
Huesos propios de la Nariz	70160	Pielograma Hiper	74405	Tobillo AP y Lat.	73600
Arcos Cigomático	70144	Pielograma Retro.	74420	Pie AP y Lat.	736201
Órbitas	70150	Cistograma Miccio	74430	Pie AP, y Lat., Oblic.	73630
Arterio Temporo Mandibular	70330	Uretrograma	74455	Hombro Rotación	73038
Silla Turca	70240	<b>COLUMNA VERTEBRAL</b>		Hombro AP y Lat.	73030
<b>TORAX</b>		Pelvis AP	72170	<b>OTROS</b>	
Tórax PA	71010	Caderas AP, P. de Rana	73540	Pelvimetría	74710
Tórax PA y Lat	71020	Sacro AP y Lat.	72220	Fluoroscopia	76000
Clavicula	73000	Cervical AP y Lat.	72040	Escanograma	76040
Parilla un Lado	71100	Cerv. AP, Lat. y Oblic.	72050	Mamografía	76091
<b>ABDOMEN</b>		Lumbar AP, Lat. y Obl.	72110	Venograma	75820
AP o Decubito	74020	Lumb-Sacro. AP Y Lat	72100	Electrocardiograma	93000
Con Placa Adicional	74010	Lumb-Sacro AP. Lat. Obl.		Tomografía de Senos	
Abdomen AP y Lat	74000	Flexión y Extensión	72052	Paranasales	70486
		Dorsal AP y Lat.	72070	Electroencefalograma	92275
<b>SISTEMA GASTROINTESTINAL</b>		Cervical AP, Lat, Obl. Flexión y Extensión	72050	Ultrasonido ***	76506
Esofagograma	74220	<b>EXTREMIDADES</b>		Indicar Región:	
Serie Gastro Duodenal	74240	Húmero AP y Lat.	73060		
Serie Gastro Intestinal	74245	Codo AP y Lat.	73070		
Enema Bario Simple	74270	Muñeca AP y Lat.	73100		
Enema Bario Doble	74280	Antebrazo AP y Lat.	73090		

\*\*\* NOTA: EL ULTRASONIDO OBSTÉTRICO **SI** REQUIERE DE PREVIA AUTORIZACIÓNNÚMERO DE PRUEBAS ORDENADAS 

NOMBRE DEL MÉDICO SOLICITANTE \_\_\_\_\_

COLEGIADO No. \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO \_\_\_\_\_

## IMPORTANTE:

TODO EXAMEN DE RADIOLOGÍA DEBE SER REALIZADO EN UN CENTRO DE DIAGNÓSTICO AFILIADO A ROBLERED  
 INDICAR AL PACIENTE SI NECESITA ALGUNA PREPARACIÓN PREVIA A LA REALIZACIÓN DE ALGÚN EXAMEN ESPECIAL  
 ÚNICAMENTE MÉDICOS AFILIADOS A ROBLERED PODRÁN SOLICITAR PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGÍA

ESTA ORDEN TIENE VALIDEZ 30 DÍAS CALENDARIO A PARTIR DE SU EMISIÓN

ESTOS EXÁMENES NO REQUIEREN PRE-AUTORIZACION