

FECHA DE ORDEN: ____ / ____ / 2019

Nombre del Paciente: _____

TELF.: (____) ____ - ____ Mujer/Hombre: _____

Fecha Accidente: _____ Fecha Nac.: _____

Abogado (LOP): _____ Telf.: (____) ____ - ____

Motivo del Exámen Clínico (requerido): _____ Código Dx: _____

Médico Tratante: _____ Telf.: (____) ____ - ____ Fax: (____) ____ - ____

Firma del Médico: _____

LUGAR:
DIA DE CITA:
HORA CITA:
HORA LLEGADA:
ALTURA: ' " "
PESO: lbs
METAL:
ALERGIAS:
CLAUSTRO
EMBARAZO:

Resonancia Magnética (MRI)			
CONTRASTE	CON	ENMARCAR EN CÍRCULO	SIN
Tobillo	Izq.	ENMARCAR EN CÍRCULO	Derecha
Cerebro			
Columna cervical			
Codo	Izq.	ENMARCAR EN CÍRCULO	Derecha
Pie	Izq.	ENMARCAR EN CÍRCULO	Derecha
Mano	Izq.	ENMARCAR EN CÍRCULO	Derecha
Rodilla	Izq.	ENMARCAR EN CÍRCULO	Derecha
Espina lumbar			
Hombro	Izq.	ENMARCAR EN CÍRCULO	Derecha
Columna torácica			
Muñeca	Izq.	ENMARCAR EN CÍRCULO	Derecha
Otro MRI:			

EMG / NCV	
	Superior
	Inferior
Otro:	

RAYOS X	
	Abdomen
	Pecho
	Columna cervical
Mano	Izq. ENMARCAR EN CÍRCULO Derecha
Caderas	Izq. ENMARCAR EN CÍRCULO Derecha
	Espina lumbar
	Columna torácica
Otro RAYOS X:	

Otros Exámenes			

Tomografía Axial Computarizada (CT)			
CONTRASTE	CON	ENMARCAR EN CÍRCULO	SIN
			Abdomen
			Cerebro
			Pecho
			Columna cervical
			Espina lumbar
			Columna torácica
Otro CT:			

CITAS TARDE POR LA NOCHE DISPONIBLES 7 DIAS A LA SEMANA!

Por favor llame al (832) 844-1234 para programar su cita

9400 Westheimer Rd,
#2, Houston, TX 77063

6225 FM 2920 Rd,
Spring, TX 77379

17482 Northwest Fwy,
Houston, TX 77040

2256 W Holcombe Blvd,
Houston, TX 77030

17400 Red Oak Dr.
Houston, TX 77090

11375 W Sam Houston
Pkwy, #150,
Houston, TX 77031

