

**Orden de Radiología**

Fecha de solicitud / día / mes / año /

Autorización No.

**Datos del Paciente**

Nombres			Apellidos		
Edad	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Póliza No.	Certificado No.	<input type="checkbox"/> CIP <input type="checkbox"/> Pasaporte No.	
Teléfono	Celular	Fax	E-mail		

**Datos del Asegurado Principal**

Contratante			Nombre Asegurado		
Edad	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Certificado No.	<input type="checkbox"/> CIP <input type="checkbox"/> Pasaporte No.		

**Información Médica**

Diagnóstico 1	ICD-9
Diagnóstico 2	ICD-9
Diagnóstico 3	ICD-9

Descripción	Código	Cantidad	Descripción	Código	Cantidad	Descripción	Código	Cantidad
<b>ABDOMEN</b>			Mastoides	70120		Rodilla AP y lateral	73560	
AP o KUB	74020		Órbitas	70200		Serie ósea	76062	
Con placa adicional	74010		Senos, 3 vistas	70220		Tobillo AP y lateral	73600	
<b>COLUMNA VERTEBRAL</b>			<b>EXTREMIDADES</b>			<b>SISTEMA BILIAR</b>		
Cervical AP y lateral	72040		Antebrazo AP y lateral	73090		Colangiograma endovenoso	74305	
Cervical AP, lateral y oblicua	72050		Calcáneo lateral Tnag.	73650		Colangiograma percutáneo	74320	
Cervical AP y Lat. obl. flex./ext.	72050		Clavícula	73000		<b>SISTEMA GASTROINTESTINAL</b>		
Caderas AP, P. de rana	73540		Codo Ap y lateral	73070		Esofagograma	74220	
Dorsal AP y lateral	72070		Encuesta ósea	77075		Enema de bario simple con medio de contraste	74270	
Lumbar AP, lateral y oblicua	72110		Hombro rotación	73030		Enema de bario doble	74283	
L.S. AP y lateral	72100		Hombro AP	73020		S.G.D.	74240	
Lumbar AP, lat. obl. flex./ext.	72052		Húmero AP y lateral	73060		<b>SISTEMA URINARIO</b>		
Pelvis AP	72170		Muñeca AP y lateral	73100		Cistograma miccional	74430	
Sacro AP y lateral	72220		Mano AP y lateral	73120		Pielograma I.V.	74440	
<b>CRÁNEO</b>			Mano AP y lateral oblicua	73130		Pielograma retrógrado	74420	
Art. temporo mandibular	70330		Pierna AP y lateral	73590		Uretrocistografía Retrógrada	74450	
Cráneo (silla turca)	70240		Pie AP y lateral	73620		<b>TÓRAX</b>		
Cuello	70360		Pie AP y lateral oblicua	73630		Parrilla un lado	71100	
Fluoroscopia	76000		Pelvimetría	74710		PA y Lateral	71020	
Huesos propios de nariz	70160		<b>OTROS</b>			PA. AP	71010	
Mandíbula 3, vistas	70110							

Nombre del médico tratante

No. de Idoneidad

Número de pruebas ordenadas

Firma y sello médico

Firma del asegurado

NOTA: El centro de diagnóstico debe adjuntar este formulario a su factura.