Verificación Electrónica No. _____

Fecha: _____

RPN RED DE PROVEEDORES NEGOCIADOS

Producto Exclusivo de: Mediprocesos Administración Integrada de Planes de Salud

ORDEN DE RADIOLOGÍA

A. Información del Paciente

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE _____

EDAD _____ SEXO _____

EMPRESA /PLAN _____

CARNET | | | | | | | | | | | | | | | | |

(sin guiones)

B. Información Clínica

DIAGNOSTICOS 1) _____ 2) _____

3) _____ 4) _____

DESCRIPCIÓN	CÓDIGO		DESCRIPCIÓN	CÓDIGO		DESCRIPCIÓN	CÓDIGO	
CRANEO			**SISTEMA BILIAR**			Mano AP, Lat., Oblic.	73130	
Cráneo 3 proyec.	70250		Colecistograma Oral	74290		Rodilla AP y Lat.	73560	
Senos 3 Vistas	70220		Colang. Endovenoso	74310		Muslo AP y Lat.	73550	
Nasofaringe Lat.	70370		**SISTEMA URINARIO**			Tobillo AP y Lat.	73600	
Mandíbula 3 Vist.	70110		Pielograma I.V.	74440		Pie AP y Lat.	73620	
Huesos propios de la Nariz	70160		Pielograma Hiper	74405		Pie AP y Lat., Oblicua	73630	
Arcos Cigomático	70140		Pielograma Retro.	74420		Hombro AP y Lateral	73020	
Orbitas	70150		Cisrtograma Miccio	74430		Hombro Rotación	73030	
Art. Temp. Mandi.	70330		Uretrograma	74455		Pierna AP y Lat.	73590	
Silla Turca	70240		**COLUMNA VERTEBRAL**			**OTROS**		
TORAX			Pelvis AP	72170		Pelvimetría	74710	
Tórax PA	71010		Caderas AP, P. de Rana	73540		Fluoroscopía	76000	
Tórax PA y Lat	71020		Sacro AP y Lat.	72220		Electrocardiograma	93000	
Clavícula	73000		Cervical AP y Lat.	72040		Escanograma	76040	
Parrilla un lado	71100		Cerv. AP LAT. y Oblicua	72050		Mamografía	76091	
ABDOMEN			Lumbar AP, Lat. y Oblicua	72110		Venograma	75820	
AP o Decubito	74020		L.S. AP y Lat.	72100		Encefalograma	95816	
Con Placa Adicional	74010		AP, Lat. Obl. Flex/Ext.	72052				
Abdomen AP y Lat			Dorsal AP y Lat.	72070				
SISTEMA GASTROINTESTINAL			**EXTREMIDADES**					
Esofagograma	74220		Húmero AP y Lat.	73060				
Serie Gastro Duodenal	74240		Codo AP y Lat.	73070				
Serie Gastro Intestinal	74245		Muñeca AP y Lat.	73100				
Enema Bario Simp.	74270		Antebrazo AP y Lat.	73090				
Enema Bario Doble	74280		Mano AP	73120				

NÚMERO DE PRUEBAS ORDENADAS

NOMBRE DEL MÉDICO SOLICITANTE _____

COLEGIADO No. _____ TELÉFONO _____ FAX _____

FIRMA Y SELLO _____

IMPORTANTE:

TODO EXAMEN DE RADIOLOGÍA DEBE SER REALIZADO EN UN CENTRO DE DIAGNÓSTICO AFILIADO A RPN

INDICAR AL PACIENTE SI NECESITA ALGUNA PREPARACIÓN PREVIA A LA REALIZACIÓN DE ALGÚN EXAMEN ESPECÍFICO

ÚNICAMENTE MÉDICOS AFILIADOS A RPN PODRÁN SOLICITAR ORDENES DE RADIOLOGÍA

ESTE FORMULARIO DEBE ADJUNTARSE A FACTURA DE PROVEEDOR AFILIADO A RPN

VER OBSERVACIONES AL DORSO