




Proceso de Acreditación HRR
 Noviembre 2015

PROTOCOLO DE REQUISITOS DE SOLICITUD DE EXÁMENES E INDICACIONES PARA PROCEDIMIENTOS IMAGENOLÓGICOS

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
T.M. Paulina Contreras M. Supervisora Unidad Imagenología E.U. Andrea Mariqueo Profesional Apoyo y Gestión Clínica Imagenología	Dr. Javier Willatt H. Jefe Imagenología E.U. Carmen Gloria Díaz Jefe (s) Departamento de Calidad e IAAS	Dra. Sonia Correa Fuentes Directora HRR
Fecha: 8 Octubre 2015	Fecha: 8 Octubre 2015	Fecha: 9 Octubre 2015
Firmas  	Firmas    DR. JAVIER WILLATT HERRERA Rut.: 15.124.003-K HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA	Firmas   DIRECTORA

	REQUISITOS DE SOLICITUD DE EXÁMENES E INDICACIONES PARA PROCEDIMIENTOS IMAGENOLÓGICOS	Código: SGC-PR-PIMI/API 1.3
		Fecha: 9 Octubre 2015
		Versión: 2
		Vigencia: 9 Octubre 2020
		Página: 1 de 12

1. OBJETIVO

Estandarizar los requisitos obligatorios de la solicitud de exámenes de procedimientos imagenológicos, de las indicaciones previas y posteriores a la realización de los mismos.

2. ALCANCE

Aplica a todas las solicitudes de exámenes para pacientes hospitalizados y ambulatorios y a todos aquellos pacientes que necesiten indicaciones tanto pre y post realización de exámenes en la Unidad de Imagenología.

3. DEFINICIONES

HRR: Hospital Regional Rancagua

TC: Tomografía computada

TENS: Técnico en enfermería de nivel superior

TM: Tecnólogo médico

FC: Ficha Clínica

4. RESPONSABLES


Médico Tratante: Completar correctamente la solicitud de examen radiológico, sin omitir datos, de acuerdo a patología del paciente.

Tecnólogo Médico: Realiza exámenes imagenológicos solicitados a los pacientes.

Tendrá la facultad de rechazar y volver a pedir aquellas solicitudes que no estén correctamente emitidas para realizar el examen a la brevedad o reprogramarlo según corresponda. En casos de Urgencia vital, se solicitará a TENS Urgencia/Hospitalizado que complete el procedimiento administrativo.

TENS Imagenología: Verificar que las solicitudes de exámenes estén debidamente completas antes de realizar el examen y entregar indicaciones posteriores a la toma del examen, según corresponda.

TENS Urgencia/Hospitalizado: En casos de Urgencia vital, completar el procedimiento administrativo mientras se realiza el examen (solicitar a médico tratante que complete formulario).

	REQUISITOS DE SOLICITUD DE EXÁMENES E INDICACIONES PARA PROCEDIMIENTOS IMAGENOLÓGICOS	Código: SGC-PR-PIMI/API 1.3
		Fecha: 9 Octubre 2015
		Versión: 2
		Vigencia: 9 Octubre 2020
		Página: 2 de 12

OFA Imagenología: Verificar que las solicitudes de exámenes estén correctamente emitidas en los pacientes ambulatorios y entregar indicaciones de preparación requeridas para realizarse el examen, según corresponda (entregar información escrita).


5. DESARROLLO

5.1 SOLICITUD DE EXÁMENES

Existe un Formulario de solicitud de examen Radiológico, el cual deberá tener los campos obligatorios llenos en su totalidad y con letra legible para catalogarse como correctamente emitida (Anexo N° 1).

Los requerimientos o campos obligatorios son:


1. Nombre y dos apellidos del paciente
2. RUT
3. N° de Ficha Clínica (FC)
4. Edad
5. Servicio de procedencia; en el caso de paciente hospitalizado la sala en la que se encuentra
6. Fecha de solicitud
7. Diagnóstico y/o antecedentes clínicos pertinentes (**motivo del estudio**)
8. Marcar con una cruz el examen solicitado y especificar uso de contraste, y otra especificación que considere necesaria
9. Nombre y apellido, RUT y firma de Médico que solicita el examen (**considerar uso de timbre**)


	REQUISITOS DE SOLICITUD DE EXÁMENES E INDICACIONES PARA PROCEDIMIENTOS IMAGENOLÓGICOS	Código: SGC-PR-PIMI/API 1.3
		Fecha: 9 Octubre 2015
		Versión: 2
		Vigencia: 9 Octubre 2020
		Página: 3 de 12

5.2 INDICACIONES

Algunos de los exámenes realizados en la Unidad de Imagenología requieren de preparación previa y de indicaciones posteriores a su realización. Dichas indicaciones serán dadas en forma individual y por escrito a cada paciente de acuerdo al examen.

5.2.1 INDICACIONES ECOGRAFÍA ABDOMINAL

INDICACIONES ECOGRAFÍA ABDOMINAL	
<p style="text-align: center;">INDICACIONES PREVIO AL EXAMEN</p> <p><u>Adultos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 6 horas de ayuno de líquidos y comida • Puede tomar sus medicamentos en forma habitual con un poco de agua, excepto hipoglicemiantes si es diabético. <p><u>Niños de 0 a 2 años:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • No requiere ayuno. • Traer mamadera con leche o jugo. <p><u>Niños de 2 a 4 años:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 horas de ayuno <p>Fecha citación: _____ Hora: _____</p> <p><i>Si no puede asistir en la fecha citada avisar al fono: 2338348</i></p>	
<p>INDICACIONES POSTERIOR AL EXAMEN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dieta normal <p><i>Retirar el resultado de su examen el día de su CONTROL MÉDICO</i> _____</p>	

	REQUISITOS DE SOLICITUD DE EXÁMENES E INDICACIONES PARA PROCEDIMIENTOS IMAGENOLÓGICOS	Código: SGC-PR-PIMI/API 1.3
		Fecha: 9 Octubre 2015
		Versión: 2
		Vigencia: 9 Octubre 2020
		Página: 4 de 12

5.2.2 INDICACIONES TC CON MEDIO DE CONTRASTE

INDICACIONES TC CON MEDIO DE CONTRASTE



INDICACIONES PREVIO AL EXAMEN

- Ayuno de 6 hrs.
- Tomar al menos 1 litro de agua previo al examen (si es TC abdomen y pelvis).
- Si es mayor de 60 años tener Creatinina de no más de un mes de antigüedad.
- Si es diabético suspender hipoglicemiante o insulina el día del examen.
- Firmar Consentimiento Informado.

Fecha citación: _____ **Hora:** _____


*Si no puede asistir en la fecha citada avisar al fono: **2338348***

INDICACIONES POSTERIOR AL EXAMEN

- Realimentar dieta normal.
- Tomar abundante líquido.


Si es diabético reiniciar la toma de su tratamiento 48 Hrs después del examen.

Retirar el resultado de su examen el día de su CONTROL MÉDICO _____

	REQUISITOS DE SOLICITUD DE EXÁMENES E INDICACIONES PARA PROCEDIMIENTOS IMAGENOLÓGICOS	Código: SGC-PR-PIMI/API 1.3
		Fecha: 9 Octubre 2015
		Versión: 2
		Vigencia: 9 Octubre 2020
		Página: 5 de 12

5.2.3 INDICACIONES ECOGRAFÍA PELVIANA (VESICAL O PROSTÁTICA)

INDICACIONES ECOGRAFÍA PELVIANA (VESICAL O PROSTÁTICA)



INDICACIONES PREVIO AL EXAMEN

Adultos:

- Beber 1 litro de agua o cualquier líquido.
- Retener orina.

Niños de 0 a 5 años:

- Traer mamadera con leche o jugo y dársela 20 minutos antes del examen.


Fecha citación: _____ **Hora:** _____

*Si no puede asistir en la fecha citada avisar al fono: **2338348***


INDICACIONES POSTERIOR AL EXAMEN


- Sin indicaciones.

Retirar el resultado de su examen el día de su CONTROL MÉDICO _____


	REQUISITOS DE SOLICITUD DE EXÁMENES E INDICACIONES PARA PROCEDIMIENTOS IMAGENOLÓGICOS	Código: SGC-PR-PIMI/API 1.3
		Fecha: 9 Octubre 2015
		Versión: 2
		Vigencia: 9 Octubre 2020
		Página: 6 de 12


5.2.4 INDICACIONES RADIOGRAFIA COLUMNA LUMBAR SACRA – SACROCOXIS RENAL – VESICAL

INDICACIONES RADIOGRAFÍA COLUMNA LUMBAR SACRA – SACROCOXIS - RENAL – VESICAL	
INDICACIONES PREVIO AL EXAMEN	
<ul style="list-style-type: none"> • El día anterior al examen es necesario NO consumir frutas y verduras, leche, frituras, grasas y bebidas gaseosas. • Desayuno y once: té puro, galletas de agua, mermeladas. • Almuerzo y cena: carne de ave o vacuno cocida o a la plancha, arroz cocido, fideos cocidos y jalea. • A las 20:00 horas tomar laxante, fleet oral 1 frasco de 45 ml diluido en un vaso de agua. • El día del examen presentarse en ayunas. 	
Fecha citación: _____ Hora: _____ <i>Si no puede asistir en la fecha citada avisar al fono: 2338348</i>	
INDICACIONES POSTERIOR AL EXAMEN	
<ul style="list-style-type: none"> • Sin indicaciones 	
<i>Retirar el resultado de su examen el día de su CONTROL MÉDICO</i> _____	


	REQUISITOS DE SOLICITUD DE EXÁMENES E INDICACIONES PARA PROCEDIMIENTOS IMAGENOLÓGICOS	Código: SGC-PR-PIMI/API 1.3
		Fecha: 9 Octubre 2015
		Versión: 2
		Vigencia: 9 Octubre 2020
		Página: 7 de 12

5.2.5 INDICACIONES ECOGRAFÍA MAMARIA - MAMOGRAFÍA


INDICACIONES ECOGRAFÍA MAMARIA, MAMOGRAFÍA	
<p>INDICACIONES PREVIO AL EXAMEN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traer mamografía y ecografías anteriores si corresponde • No usar talco, desodorante ni crema en la zona axilar • No necesita ayuno <p>Fecha citación: _____ Hora: _____</p> <p><i>Si no puede asistir en la fecha citada avisar al fono: 2338348</i></p>	
<p>INDICACIONES POSTERIOR AL EXAMEN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin indicaciones <p><i>Retirar el resultado de su examen el día de su CONTROL MÉDICO</i> _____</p>	


	REQUISITOS DE SOLICITUD DE EXÁMENES E INDICACIONES PARA PROCEDIMIENTOS IMAGENOLÓGICOS	Código: SGC-PR-PIMI/API 1.3
		Fecha: 9 Octubre 2015
		Versión: 2
		Vigencia: 9 Octubre 2020 Página: 8 de 12

5.2.6 INDICACIONES PIELO TC


INDICACIONES PIELOTC	
INDICACIONES PREVIO AL EXAMEN	
<ul style="list-style-type: none"> Tomar al menos 1 litro de líquido 1 hora antes del examen 	
Fecha citación: _____ Hora: _____ <i>Si no puede asistir en la fecha citada avisar al fono: 2338348</i>	
<hr/>	
INDICACIONES POSTERIOR AL EXAMEN	
<ul style="list-style-type: none"> Sin indicaciones 	
<i>Retirar el resultado de su examen el día de su CONTROL MÉDICO</i> _____	

5.2.7 INDICACIONES RADIOGRAFÍA OSTEOARTICULAR

INDICACIONES RADIOGRAFÍA OSTEOARTICULAR	
INDICACIONES PREVIO AL EXAMEN	
<ul style="list-style-type: none"> Sin indicaciones 	
Fecha citación: _____ Hora: _____ <i>no puede asistir en la fecha citada avisar al fono: 2338348</i>	
<hr/>	
INDICACIONES POSTERIOR AL EXAMEN	
<ul style="list-style-type: none"> Sin indicaciones 	
<i>Retirar el resultado de su examen el día de su CONTROL MÉDICO</i> _____	


	REQUISITOS DE SOLICITUD DE EXÁMENES E INDICACIONES PARA PROCEDIMIENTOS IMAGENOLÓGICOS	Código: SGC-PR-PIMI/API 1.3
		Fecha: 9 Octubre 2015
		Versión: 2
		Vigencia: 9 Octubre 2020
		Página: 9 de 12

5.2.8 INDICACIONES DE TC SIN MEDIO DE CONTRASTE

INDICACIONES DE TC SIN MEDIO DE CONTRASTE	
INDICACIONES PREVIO AL EXAMEN	
<ul style="list-style-type: none"> • Sin indicaciones 	
Fecha citación: _____ Hora: _____ <i>Si no puede asistir en la fecha citada avisar al fono: 2338348</i>	
INDICACIONES POSTERIOR AL EXAMEN	
<ul style="list-style-type: none"> • Sin indicaciones 	
<i>Retirar el resultado de su examen el día de su CONTROL MÉDICO</i> _____	

6. REGISTROS

Identificación	Almacenamiento	Protección	Recuperación	Retención	Disposición
Solicitud de examen radiológico	Archivador en secretaría de Unidad Imagenología	Unidad Imagenología	Mensual	3 años	Luego de 3 años se elimina


	REQUISITOS DE SOLICITUD DE EXÁMENES E INDICACIONES PARA PROCEDIMIENTOS IMAGENOLÓGICOS	Código: SGC-PR-PIMI/API 1.3
		Fecha: 9 Octubre 2015
		Versión: 2
		Vigencia: 9 Octubre 2020
		Página: 10 de 12

7. INDICADORES

Nombre indicador	Porcentaje de solicitudes de TC con contraste correctamente emitidas de acuerdo a protocolo
Fórmula	$\frac{\text{Nº total de solicitudes de TC con contraste correctamente emitidas}}{\text{Nº total de solicitudes de TC con contraste recepcionadas en Servicio de Imagenología}} \times 100$
Fuente de información	Solicitudes de exámenes de TC con contraste emanadas desde los servicios de clínicos.
Periodicidad de evaluación	Trimestral
Umbral de cumplimiento	Mayor o igual al 90 %
Responsable	Profesional encargada de Apoyo y Gestión Clínica

8. REFERENCIAS

- 1) Manual del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención cerrada. Superintendencia de Salud.
- 2) Protocolo API 1.3 versión 0.


	REQUISITOS DE SOLICITUD DE EXÁMENES E INDICACIONES PARA PROCEDIMIENTOS IMAGENOLÓGICOS	Código: SGC-PR-PIMI/API 1.3
		Fecha: 9 Octubre 2015
		Versión: 2
		Vigencia: 9 Octubre 2020
		Página: 11 de 12

9. REVISIÓN Y CONTROL DE CAMBIOS

Fecha	Tipo	Aprobación
05 de Diciembre	Se libera para uso	Director
12 de Junio 2012	Página 6: Se agregan las indicaciones post examen, en TC contrastado y Rx de Transito, EED, y Enema Baritado.	Director
9 Octubre 2015	Se actualizan indicaciones y se modifica indicador.	Directora

10. ANEXOS.

Anexo N°1: Solicitud examen Radiológico

	SOLICITUD DE EXAMEN RADIOLÓGICO Alameda 611, Rancagua, Unidad imagenología, F. 072 2338225	CITACIÓN EXAMEN (DD/MM/AAAA) Hora: ____:____:____																																																																																																																																																																																																																																																										
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE RUT: <input style="width: 150px;" type="text"/> N° Ficha Clínica o DAU: <input style="width: 100px;" type="text"/>		Fecha Solicitud: <table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"><tr><td>DD</td><td>MM</td><td>AAAA</td></tr></table> Fecha de Nacimiento: <table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"><tr><td>DD</td><td>MM</td><td>AAAA</td></tr></table> Nombre: <input style="width: 400px;" type="text"/> Edad: <input style="width: 50px;" type="text"/>	DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA																																																																																																																																																																																																																																																				
DD	MM	AAAA																																																																																																																																																																																																																																																										
DD	MM	AAAA																																																																																																																																																																																																																																																										
PROCEDENCIA <input type="checkbox"/> AISLAMIENTO: Respiratorio ____ Contacto ____ <input checked="" type="checkbox"/> Clasificación																																																																																																																																																																																																																																																												
<table style="width: 100%; font-size: small;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Urgencia Adulto</td> <td><input type="checkbox"/> Pediatría</td> <td><input type="checkbox"/> Medicina H__M__</td> <td><input type="checkbox"/> Urgencia Maternidad</td> <td><input type="checkbox"/> Psiquiatría</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Urgencia Pediatría</td> <td><input type="checkbox"/> UCI Pediatría</td> <td><input type="checkbox"/> Cirugía H__M__</td> <td><input type="checkbox"/> Ginecología</td> <td><input type="checkbox"/> CAE</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> UCI A__B__</td> <td><input type="checkbox"/> Neonatología</td> <td><input type="checkbox"/> Neurocirugía B__L__</td> <td><input type="checkbox"/> Maternidad</td> <td><input type="checkbox"/> Otro _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> UCIM</td> <td><input type="checkbox"/> UPC Neonatal</td> <td><input type="checkbox"/> Traumatología</td> <td><input type="checkbox"/> Pensionado</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> UCIC</td> <td><input type="checkbox"/> Cirugía infantil</td> <td><input type="checkbox"/> Urología</td> <td><input type="checkbox"/> Pabellones</td> <td></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Urgencia Adulto	<input type="checkbox"/> Pediatría	<input type="checkbox"/> Medicina H__M__	<input type="checkbox"/> Urgencia Maternidad	<input type="checkbox"/> Psiquiatría	<input type="checkbox"/> Urgencia Pediatría	<input type="checkbox"/> UCI Pediatría	<input type="checkbox"/> Cirugía H__M__	<input type="checkbox"/> Ginecología	<input type="checkbox"/> CAE	<input type="checkbox"/> UCI A__B__	<input type="checkbox"/> Neonatología	<input type="checkbox"/> Neurocirugía B__L__	<input type="checkbox"/> Maternidad	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> UCIM	<input type="checkbox"/> UPC Neonatal	<input type="checkbox"/> Traumatología	<input type="checkbox"/> Pensionado		<input type="checkbox"/> UCIC	<input type="checkbox"/> Cirugía infantil	<input type="checkbox"/> Urología	<input type="checkbox"/> Pabellones																																																																																																																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> Urgencia Adulto	<input type="checkbox"/> Pediatría	<input type="checkbox"/> Medicina H__M__	<input type="checkbox"/> Urgencia Maternidad	<input type="checkbox"/> Psiquiatría																																																																																																																																																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> Urgencia Pediatría	<input type="checkbox"/> UCI Pediatría	<input type="checkbox"/> Cirugía H__M__	<input type="checkbox"/> Ginecología	<input type="checkbox"/> CAE																																																																																																																																																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> UCI A__B__	<input type="checkbox"/> Neonatología	<input type="checkbox"/> Neurocirugía B__L__	<input type="checkbox"/> Maternidad	<input type="checkbox"/> Otro _____																																																																																																																																																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> UCIM	<input type="checkbox"/> UPC Neonatal	<input type="checkbox"/> Traumatología	<input type="checkbox"/> Pensionado																																																																																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> UCIC	<input type="checkbox"/> Cirugía infantil	<input type="checkbox"/> Urología	<input type="checkbox"/> Pabellones																																																																																																																																																																																																																																																									
Motivo del estudio (interrogante clínica): <input type="checkbox"/> Confirmar/Descartar <input type="checkbox"/> Controlar <input type="checkbox"/> Otro		Antecedentes médico-quirúrgicos relevantes:																																																																																																																																																																																																																																																										
<table border="1" style="width: 100%; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th colspan="2">RADIOGRAFÍAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> Portátil</td><td>Prioridad 1 2 3 (1008)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Cráneo AP-/L/</td><td>(1032)</td></tr> <tr><td>Towne__ Otra_____</td><td>c/u (1033)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Silla Turca AP-L</td><td>(1040)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> CPN <input type="checkbox"/> Huesos propios nasales</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> ATM <input type="checkbox"/> Malar Izq.____</td><td>(1031) c/u</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Maxilar <input type="checkbox"/> Arco cigomático Der.____</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Cavum rinofaringeo</td><td>(1002)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Tórax F-L</td><td>(1070)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1 proyección F__ L__</td><td>c/u (1009)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Oblicua__ Otra_____</td><td>c/u (1004)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Parrilla Costal Izq.____ Der.____</td><td>c/u (1045)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Esternón</td><td>(1060)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Abdomen AP/</td><td>(1013)</td></tr> <tr><td>Lat.____ De pie____ c/rayo horizontal__</td><td>(1014)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Renal <input type="checkbox"/> Vesical</td><td>(1028) (1029)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Mamografía Bilateral</td><td>(1010)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Mamografía Unilateral</td><td>(1110)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Compresión__ Magnificación__ Otra__</td><td>(1130)</td></tr> <tr><td>Marcación preop.____ Pieza op.____</td><td>(1011) (1012)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Columna Cervical F-L/ <input type="checkbox"/> Atlas-Axis</td><td>(1042)</td></tr> <tr><td>Oblicuas__ /Funcionales__</td><td>(1043)/ (1044)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Columna Dorsal <input type="checkbox"/> Dorsolumbar AP-L</td><td>(1045)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Lumbar / Lumbosacra AP-L-5º espacio</td><td>(1046)</td></tr> <tr><td>Funcionales__ /Oblicuas__</td><td>(1047)/ (1048)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Sacrocoxis <input type="checkbox"/> Artic. sacroilíacas</td><td>c/u (1053)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Total/dorsolumbar panorámica AP- L</td><td>(1049)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Pelvis adulto AP/ De pie__</td><td>c/u (1051)</td></tr> <tr><td>Lateral__ Löwenstein__ Inlet__ Outlet__</td><td>(1052) c/u</td></tr> <tr><td>Alar__ Obturatriz__ Falso perfil__</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Cadera o coxofemoral AP / Izq.____ Der.____</td><td>(1051) c/u</td></tr> <tr><td>Cross table__ Axial__</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Pelvis < 6 años/cadera/coxofemoral</td><td>c/u (1151)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Clavícula I D (1055) <input type="checkbox"/> Codo / Oblicua__ I D (1062)</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Hombro / I D (1060) <input type="checkbox"/> Muñeca / Oblicua__ I D (1054)</td><td></td></tr> <tr><td>Outlet__ Axial__ Striker__</td><td><input type="checkbox"/> Escafoides I D (1058)</td></tr> <tr><td>W. Point__ Art. A-C__</td><td><input type="checkbox"/> Túnel carpo I D (1063)</td></tr> <tr><td>(c/u 1062)</td><td><input type="checkbox"/> Edad ósea I D (1056)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Brazo I D (1054) <input type="checkbox"/> Mano I D (1054)</td><td><input type="checkbox"/> Fémur I D (1054)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Antebrazo I D (1054)</td><td></td></tr> </tbody> </table>	RADIOGRAFÍAS		<input type="checkbox"/> Portátil	Prioridad 1 2 3 (1008)	<input type="checkbox"/> Cráneo AP-/L/	(1032)	Towne__ Otra_____	c/u (1033)	<input type="checkbox"/> Silla Turca AP-L	(1040)	<input type="checkbox"/> CPN <input type="checkbox"/> Huesos propios nasales		<input type="checkbox"/> ATM <input type="checkbox"/> Malar Izq.____	(1031) c/u	<input type="checkbox"/> Maxilar <input type="checkbox"/> Arco cigomático Der.____		<input type="checkbox"/> Cavum rinofaringeo	(1002)	<input type="checkbox"/> Tórax F-L	(1070)	<input type="checkbox"/> 1 proyección F__ L__	c/u (1009)	<input type="checkbox"/> Oblicua__ Otra_____	c/u (1004)	<input type="checkbox"/> Parrilla Costal Izq.____ Der.____	c/u (1045)	<input type="checkbox"/> Esternón	(1060)	<input type="checkbox"/> Abdomen AP/	(1013)	Lat.____ De pie____ c/rayo horizontal__	(1014)	<input type="checkbox"/> Renal <input type="checkbox"/> Vesical	(1028) (1029)	<input type="checkbox"/> Mamografía Bilateral	(1010)	<input type="checkbox"/> Mamografía Unilateral	(1110)	<input type="checkbox"/> Compresión__ Magnificación__ Otra__	(1130)	Marcación preop.____ Pieza op.____	(1011) (1012)	<input type="checkbox"/> Columna Cervical F-L/ <input type="checkbox"/> Atlas-Axis	(1042)	Oblicuas__ /Funcionales__	(1043)/ (1044)	<input type="checkbox"/> Columna Dorsal <input type="checkbox"/> Dorsolumbar AP-L	(1045)	<input type="checkbox"/> Lumbar / Lumbosacra AP-L-5º espacio	(1046)	Funcionales__ /Oblicuas__	(1047)/ (1048)	<input type="checkbox"/> Sacrocoxis <input type="checkbox"/> Artic. sacroilíacas	c/u (1053)	<input type="checkbox"/> Total/dorsolumbar panorámica AP- L	(1049)	<input type="checkbox"/> Pelvis adulto AP/ De pie__	c/u (1051)	Lateral__ Löwenstein__ Inlet__ Outlet__	(1052) c/u	Alar__ Obturatriz__ Falso perfil__		<input type="checkbox"/> Cadera o coxofemoral AP / Izq.____ Der.____	(1051) c/u	Cross table__ Axial__		<input type="checkbox"/> Pelvis < 6 años/cadera/coxofemoral	c/u (1151)	<input type="checkbox"/> Clavícula I D (1055) <input type="checkbox"/> Codo / Oblicua__ I D (1062)		<input type="checkbox"/> Hombro / I D (1060) <input type="checkbox"/> Muñeca / Oblicua__ I D (1054)		Outlet__ Axial__ Striker__	<input type="checkbox"/> Escafoides I D (1058)	W. Point__ Art. A-C__	<input type="checkbox"/> Túnel carpo I D (1063)	(c/u 1062)	<input type="checkbox"/> Edad ósea I D (1056)	<input type="checkbox"/> Brazo I D (1054) <input type="checkbox"/> Mano I D (1054)	<input type="checkbox"/> Fémur I D (1054)	<input type="checkbox"/> Antebrazo I D (1054)		<table border="1" style="width: 100%; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th colspan="2">ECOTOMOGRAFÍAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> Pleural / apoyo a procedimiento</td><td>(4004)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Abdominal</td><td>(4003)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Renal</td><td>(4010)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Pelviana masculina</td><td>(4009)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Pelviana femenina</td><td>(4006)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Cervical</td><td>(4016)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Tiroides</td><td>(4015)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Mamaría</td><td>(4012)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Testicular</td><td>(4014)</td></tr> <tr><td>PEIÁTRICOS ESPECÍFICOS</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Encefálica (<9 meses)</td><td>(4011)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Renal-Pelviana</td><td>(4010, 4009)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Caderas (1-4 meses)</td><td>(4016, 4016)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Columna (<4 meses)</td><td>(4016)</td></tr> <tr><td>PARTES BLANDAS (c/u)</td><td>(4016)</td></tr> <tr><td>Izq.____ Der.____ Bilat.____</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Hombro <input type="checkbox"/> Mano <input type="checkbox"/> Pie</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Brazo <input type="checkbox"/> Inguinal <input type="checkbox"/> Pierna</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Codo <input type="checkbox"/> Cadera <input type="checkbox"/> Tobillo</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Antebrazo <input type="checkbox"/> Muslo <input type="checkbox"/> Pared abdominal</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Muñeca <input type="checkbox"/> Rodilla <input type="checkbox"/> Dedo 1 2 3 4 5</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Otro _____</td><td></td></tr> <tr><td>DOPPLER</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Carotídeo</td><td>(4119)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Hepático</td><td>(4121)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Arterias renales</td><td>(4121)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Testicular</td><td>(4121)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Extremidad Superior</td><td></td></tr> <tr><td>Izq.____ Der.____ <input type="checkbox"/> Arterial</td><td>(4118)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Venoso</td><td>(4118)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Extremidad Inferior</td><td></td></tr> <tr><td>Izq.____ Der.____ <input type="checkbox"/> Arterial</td><td>(4118)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Venoso</td><td>(4118)</td></tr> <tr><td>OTRO</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Rodilla / T. Intercondileo__ I D (1060) / (1063)</td><td></td></tr> <tr><td>Axial rótula 20º__ Roseberg__</td><td>(1062)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Pierna I D (1060)</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Tobillo / Oblicua__ Mortaja__ I D (1060)</td><td></td></tr> <tr><td>Inversión__ Eversión__ Mortens__</td><td>(1059)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Pie /Con carga__ I D (1054)</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Dedo 1 2 3 4 5 I D (1054)</td><td></td></tr> </tbody> </table>	ECOTOMOGRAFÍAS		<input type="checkbox"/> Pleural / apoyo a procedimiento	(4004)	<input type="checkbox"/> Abdominal	(4003)	<input type="checkbox"/> Renal	(4010)	<input type="checkbox"/> Pelviana masculina	(4009)	<input type="checkbox"/> Pelviana femenina	(4006)	<input type="checkbox"/> Cervical	(4016)	<input type="checkbox"/> Tiroides	(4015)	<input type="checkbox"/> Mamaría	(4012)	<input type="checkbox"/> Testicular	(4014)	PEIÁTRICOS ESPECÍFICOS		<input type="checkbox"/> Encefálica (<9 meses)	(4011)	<input type="checkbox"/> Renal-Pelviana	(4010, 4009)	<input type="checkbox"/> Caderas (1-4 meses)	(4016, 4016)	<input type="checkbox"/> Columna (<4 meses)	(4016)	PARTES BLANDAS (c/u)	(4016)	Izq.____ Der.____ Bilat.____		<input type="checkbox"/> Hombro <input type="checkbox"/> Mano <input type="checkbox"/> Pie		<input type="checkbox"/> Brazo <input type="checkbox"/> Inguinal <input type="checkbox"/> Pierna		<input type="checkbox"/> Codo <input type="checkbox"/> Cadera <input type="checkbox"/> Tobillo		<input type="checkbox"/> Antebrazo <input type="checkbox"/> Muslo <input type="checkbox"/> Pared abdominal		<input type="checkbox"/> Muñeca <input type="checkbox"/> Rodilla <input type="checkbox"/> Dedo 1 2 3 4 5		<input type="checkbox"/> Otro _____		DOPPLER		<input type="checkbox"/> Carotídeo	(4119)	<input type="checkbox"/> Hepático	(4121)	<input type="checkbox"/> Arterias renales	(4121)	<input type="checkbox"/> Testicular	(4121)	<input type="checkbox"/> Extremidad Superior		Izq.____ Der.____ <input type="checkbox"/> Arterial	(4118)	<input type="checkbox"/> Venoso	(4118)	<input type="checkbox"/> Extremidad Inferior		Izq.____ Der.____ <input type="checkbox"/> Arterial	(4118)	<input type="checkbox"/> Venoso	(4118)	OTRO		<input type="checkbox"/> Rodilla / T. Intercondileo__ I D (1060) / (1063)		Axial rótula 20º__ Roseberg__	(1062)	<input type="checkbox"/> Pierna I D (1060)		<input type="checkbox"/> Tobillo / Oblicua__ Mortaja__ I D (1060)		Inversión__ Eversión__ Mortens__	(1059)	<input type="checkbox"/> Pie /Con carga__ I D (1054)		<input type="checkbox"/> Dedo 1 2 3 4 5 I D (1054)		<table border="1" style="width: 100%; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th colspan="2">TC (SCANNER)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Contraste <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Según se requiera</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Reconstrucción 3D (3004)</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Cerebro</td><td>(3001)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Silla Turca e Hipófisis</td><td>(3002)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Ángulo pontocerebeloso</td><td>(3003)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Temporal Oído</td><td>(3006)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Órbitas</td><td>(3007)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Cavidades Perinasales</td><td>(3007)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Macizo Facial</td><td>(3007)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Columna</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Cervical</td><td>(3008, 3010, 3010)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Dorsal</td><td>(3009, 3009, 3009)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Lumbar</td><td>(3009, 3010, 3010)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Sacro-coccix</td><td>(3016)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Cuello</td><td>(3012)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Tórax AR__ Óseo__</td><td>(3013) (3004)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Abdomen</td><td>(3014)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Pelvis Ósea__</td><td>(3016) (3004)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Piel/TC (Abd+Pel s/cte.)</td><td>(3014, 3016)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> UroTC</td><td>(3014, 3016)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Extremidades (c/u)</td><td>(3017)</td></tr> <tr><td>Izq.____ Der.____</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Hombro <input type="checkbox"/> Muñeca <input type="checkbox"/> Rodilla SMAR__</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Brazo <input type="checkbox"/> Mano <input type="checkbox"/> Pierna</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Codo <input type="checkbox"/> Cadera <input type="checkbox"/> Tobillo</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Antebrazo <input type="checkbox"/> Fémur <input type="checkbox"/> Pie</td><td></td></tr> <tr><td>ANGIOTC</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Cerebro</td><td>(3101)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Vasos cervicales</td><td>(3101, 3012)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Tórax (TEP)</td><td>(3102, 3004)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Aorta (Tórax+Abdomen)</td><td>(3102, 3103)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Abdomen(arterias renales)</td><td>(3103)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Abdomen-Pelvis</td><td>(3103, 3016)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Extremidades superiores</td><td>(3102, 3017, 3017)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Extremidades inferiores</td><td>(3103, 3016, 3017 x2)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Colangiografía por sonda T</td><td>(1015)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Esófago-Estómago-Duodeno / en niños</td><td>(1021) / (1024)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Enema baritado de doble contraste</td><td>(1019)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Uretrocistografía</td><td>(2014)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Histerosalpingografía</td><td>(2011)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> OTRO</td><td></td></tr> </tbody> </table>	TC (SCANNER)		Contraste <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Según se requiera		<input type="checkbox"/> Reconstrucción 3D (3004)		<input type="checkbox"/> Cerebro	(3001)	<input type="checkbox"/> Silla Turca e Hipófisis	(3002)	<input type="checkbox"/> Ángulo pontocerebeloso	(3003)	<input type="checkbox"/> Temporal Oído	(3006)	<input type="checkbox"/> Órbitas	(3007)	<input type="checkbox"/> Cavidades Perinasales	(3007)	<input type="checkbox"/> Macizo Facial	(3007)	<input type="checkbox"/> Columna		<input type="checkbox"/> Cervical	(3008, 3010, 3010)	<input type="checkbox"/> Dorsal	(3009, 3009, 3009)	<input type="checkbox"/> Lumbar	(3009, 3010, 3010)	<input type="checkbox"/> Sacro-coccix	(3016)	<input type="checkbox"/> Cuello	(3012)	<input type="checkbox"/> Tórax AR__ Óseo__	(3013) (3004)	<input type="checkbox"/> Abdomen	(3014)	<input type="checkbox"/> Pelvis Ósea__	(3016) (3004)	<input type="checkbox"/> Piel/TC (Abd+Pel s/cte.)	(3014, 3016)	<input type="checkbox"/> UroTC	(3014, 3016)	<input type="checkbox"/> Extremidades (c/u)	(3017)	Izq.____ Der.____		<input type="checkbox"/> Hombro <input type="checkbox"/> Muñeca <input type="checkbox"/> Rodilla SMAR__		<input type="checkbox"/> Brazo <input type="checkbox"/> Mano <input type="checkbox"/> Pierna		<input type="checkbox"/> Codo <input type="checkbox"/> Cadera <input type="checkbox"/> Tobillo		<input type="checkbox"/> Antebrazo <input type="checkbox"/> Fémur <input type="checkbox"/> Pie		ANGIOTC		<input type="checkbox"/> Cerebro	(3101)	<input type="checkbox"/> Vasos cervicales	(3101, 3012)	<input type="checkbox"/> Tórax (TEP)	(3102, 3004)	<input type="checkbox"/> Aorta (Tórax+Abdomen)	(3102, 3103)	<input type="checkbox"/> Abdomen(arterias renales)	(3103)	<input type="checkbox"/> Abdomen-Pelvis	(3103, 3016)	<input type="checkbox"/> Extremidades superiores	(3102, 3017, 3017)	<input type="checkbox"/> Extremidades inferiores	(3103, 3016, 3017 x2)	<input type="checkbox"/> Colangiografía por sonda T	(1015)	<input type="checkbox"/> Esófago-Estómago-Duodeno / en niños	(1021) / (1024)	<input type="checkbox"/> Enema baritado de doble contraste	(1019)	<input type="checkbox"/> Uretrocistografía	(2014)	<input type="checkbox"/> Histerosalpingografía	(2011)	<input type="checkbox"/> OTRO	
RADIOGRAFÍAS																																																																																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Portátil	Prioridad 1 2 3 (1008)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Cráneo AP-/L/	(1032)																																																																																																																																																																																																																																																											
Towne__ Otra_____	c/u (1033)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Silla Turca AP-L	(1040)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> CPN <input type="checkbox"/> Huesos propios nasales																																																																																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> ATM <input type="checkbox"/> Malar Izq.____	(1031) c/u																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Maxilar <input type="checkbox"/> Arco cigomático Der.____																																																																																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Cavum rinofaringeo	(1002)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Tórax F-L	(1070)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> 1 proyección F__ L__	c/u (1009)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Oblicua__ Otra_____	c/u (1004)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Parrilla Costal Izq.____ Der.____	c/u (1045)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Esternón	(1060)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Abdomen AP/	(1013)																																																																																																																																																																																																																																																											
Lat.____ De pie____ c/rayo horizontal__	(1014)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Renal <input type="checkbox"/> Vesical	(1028) (1029)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Mamografía Bilateral	(1010)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Mamografía Unilateral	(1110)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Compresión__ Magnificación__ Otra__	(1130)																																																																																																																																																																																																																																																											
Marcación preop.____ Pieza op.____	(1011) (1012)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Columna Cervical F-L/ <input type="checkbox"/> Atlas-Axis	(1042)																																																																																																																																																																																																																																																											
Oblicuas__ /Funcionales__	(1043)/ (1044)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Columna Dorsal <input type="checkbox"/> Dorsolumbar AP-L	(1045)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Lumbar / Lumbosacra AP-L-5º espacio	(1046)																																																																																																																																																																																																																																																											
Funcionales__ /Oblicuas__	(1047)/ (1048)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Sacrocoxis <input type="checkbox"/> Artic. sacroilíacas	c/u (1053)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Total/dorsolumbar panorámica AP- L	(1049)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Pelvis adulto AP/ De pie__	c/u (1051)																																																																																																																																																																																																																																																											
Lateral__ Löwenstein__ Inlet__ Outlet__	(1052) c/u																																																																																																																																																																																																																																																											
Alar__ Obturatriz__ Falso perfil__																																																																																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Cadera o coxofemoral AP / Izq.____ Der.____	(1051) c/u																																																																																																																																																																																																																																																											
Cross table__ Axial__																																																																																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Pelvis < 6 años/cadera/coxofemoral	c/u (1151)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Clavícula I D (1055) <input type="checkbox"/> Codo / Oblicua__ I D (1062)																																																																																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Hombro / I D (1060) <input type="checkbox"/> Muñeca / Oblicua__ I D (1054)																																																																																																																																																																																																																																																												
Outlet__ Axial__ Striker__	<input type="checkbox"/> Escafoides I D (1058)																																																																																																																																																																																																																																																											
W. Point__ Art. A-C__	<input type="checkbox"/> Túnel carpo I D (1063)																																																																																																																																																																																																																																																											
(c/u 1062)	<input type="checkbox"/> Edad ósea I D (1056)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Brazo I D (1054) <input type="checkbox"/> Mano I D (1054)	<input type="checkbox"/> Fémur I D (1054)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Antebrazo I D (1054)																																																																																																																																																																																																																																																												
ECOTOMOGRAFÍAS																																																																																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Pleural / apoyo a procedimiento	(4004)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Abdominal	(4003)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Renal	(4010)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Pelviana masculina	(4009)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Pelviana femenina	(4006)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Cervical	(4016)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Tiroides	(4015)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Mamaría	(4012)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Testicular	(4014)																																																																																																																																																																																																																																																											
PEIÁTRICOS ESPECÍFICOS																																																																																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Encefálica (<9 meses)	(4011)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Renal-Pelviana	(4010, 4009)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Caderas (1-4 meses)	(4016, 4016)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Columna (<4 meses)	(4016)																																																																																																																																																																																																																																																											
PARTES BLANDAS (c/u)	(4016)																																																																																																																																																																																																																																																											
Izq.____ Der.____ Bilat.____																																																																																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Hombro <input type="checkbox"/> Mano <input type="checkbox"/> Pie																																																																																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Brazo <input type="checkbox"/> Inguinal <input type="checkbox"/> Pierna																																																																																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Codo <input type="checkbox"/> Cadera <input type="checkbox"/> Tobillo																																																																																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Antebrazo <input type="checkbox"/> Muslo <input type="checkbox"/> Pared abdominal																																																																																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Muñeca <input type="checkbox"/> Rodilla <input type="checkbox"/> Dedo 1 2 3 4 5																																																																																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Otro _____																																																																																																																																																																																																																																																												
DOPPLER																																																																																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Carotídeo	(4119)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Hepático	(4121)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Arterias renales	(4121)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Testicular	(4121)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Extremidad Superior																																																																																																																																																																																																																																																												
Izq.____ Der.____ <input type="checkbox"/> Arterial	(4118)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Venoso	(4118)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Extremidad Inferior																																																																																																																																																																																																																																																												
Izq.____ Der.____ <input type="checkbox"/> Arterial	(4118)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Venoso	(4118)																																																																																																																																																																																																																																																											
OTRO																																																																																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Rodilla / T. Intercondileo__ I D (1060) / (1063)																																																																																																																																																																																																																																																												
Axial rótula 20º__ Roseberg__	(1062)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Pierna I D (1060)																																																																																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Tobillo / Oblicua__ Mortaja__ I D (1060)																																																																																																																																																																																																																																																												
Inversión__ Eversión__ Mortens__	(1059)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Pie /Con carga__ I D (1054)																																																																																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Dedo 1 2 3 4 5 I D (1054)																																																																																																																																																																																																																																																												
TC (SCANNER)																																																																																																																																																																																																																																																												
Contraste <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Según se requiera																																																																																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Reconstrucción 3D (3004)																																																																																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Cerebro	(3001)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Silla Turca e Hipófisis	(3002)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Ángulo pontocerebeloso	(3003)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Temporal Oído	(3006)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Órbitas	(3007)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Cavidades Perinasales	(3007)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Macizo Facial	(3007)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Columna																																																																																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Cervical	(3008, 3010, 3010)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Dorsal	(3009, 3009, 3009)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Lumbar	(3009, 3010, 3010)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Sacro-coccix	(3016)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Cuello	(3012)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Tórax AR__ Óseo__	(3013) (3004)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Abdomen	(3014)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Pelvis Ósea__	(3016) (3004)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Piel/TC (Abd+Pel s/cte.)	(3014, 3016)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> UroTC	(3014, 3016)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Extremidades (c/u)	(3017)																																																																																																																																																																																																																																																											
Izq.____ Der.____																																																																																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Hombro <input type="checkbox"/> Muñeca <input type="checkbox"/> Rodilla SMAR__																																																																																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Brazo <input type="checkbox"/> Mano <input type="checkbox"/> Pierna																																																																																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Codo <input type="checkbox"/> Cadera <input type="checkbox"/> Tobillo																																																																																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Antebrazo <input type="checkbox"/> Fémur <input type="checkbox"/> Pie																																																																																																																																																																																																																																																												
ANGIOTC																																																																																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Cerebro	(3101)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Vasos cervicales	(3101, 3012)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Tórax (TEP)	(3102, 3004)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Aorta (Tórax+Abdomen)	(3102, 3103)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Abdomen(arterias renales)	(3103)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Abdomen-Pelvis	(3103, 3016)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Extremidades superiores	(3102, 3017, 3017)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Extremidades inferiores	(3103, 3016, 3017 x2)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Colangiografía por sonda T	(1015)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Esófago-Estómago-Duodeno / en niños	(1021) / (1024)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Enema baritado de doble contraste	(1019)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Uretrocistografía	(2014)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Histerosalpingografía	(2011)																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> OTRO																																																																																																																																																																																																																																																												
Médico solicitante: (Nombre, Apellidos, RUT) <input style="width: 300px;" type="text"/>		Firma médico solicitante: <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>																																																																																																																																																																																																																																																										



**REQUISITOS DE SOLICITUD DE
EXÁMENES E INDICACIONES PARA
PROCEDIMIENTOS IMAGENOLÓGICOS**

**Código: SGC-PR-PIMI/API
1.3**

Fecha: 9 Octubre 2015

Versión: 2

Vigencia: 9 Octubre 2020

Página: 13 de 12

Anexo N°2:

Planilla constatación de cumplimiento API 1.3

	N° de Orden de Examen	N° de Ficha clinica	ATRIBUTOS							Obs.	
			Orden de examen con letra legible (SI/No)	Nombre y apellidos Paciente (SI/NO)	RUN Paciente (SI/NO)	Existe un diagnostico (SI/No)	Examen solicitado (SI/No)	Datos Médico			
								Nombre y un apellido (SI/NO)	RUN (SI/NO)		Firma (SI/NO)
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											