



MÓDULO DE SOLICITUD DE ESTUDIOS RADIOLÓGICOS

M/919/286

Rev. 0

Pág. 1 de 1

El/la que suscribe, Sr./Sra _____

Nacido/a el ____/____/____ en _____

Residente en _____ Prov. _____

Calle _____ N° _____ C.P. _____

Número de teléfono de la persona que solicita la copia, para que la Empresa pueda comunicarse con ella en caso de necesidad _____

SOLICITA

la entrega de nº _____ copia/s de los siguientes estudios

Duplicado del estudio radiográfico en soporte digital Coste € 12,50

- | | |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Radiografía | realizado el ____/____/____ tipo _____ |
| <input type="checkbox"/> Ecografía | realizado el ____/____/____ tipo _____ |
| <input type="checkbox"/> TAC | realizado el ____/____/____ tipo _____ |
| <input type="checkbox"/> Resonancia magnética | realizado el ____/____/____ tipo _____ |
| <input type="checkbox"/> Coronariografía | realizado el ____/____/____ |

Realizado/s:

- durante la internación en la unidad de _____
del ____/____/____ al ____/____/____
 como prestación ambulatoria en fecha ____/____/____

Fecha ____/____/____

Firma

USEFUL INFORMATION

El pago se debe realizar en el momento de la solicitud de la copia del estudio en la caja CUP de radiología, situada en la entreplanta del primer piso, de lunes a viernes de 8:00 a 13:00 horas; después de ese horario y los sábados es posible hacer el pago en las otras cajas CUP de la empresa.

Para el retiro de la documentación médica (historia clínica, exámenes radiológicos, estudios, etc.) es necesaria la presencia del titular o, en caso de imposibilidad, de una autorización por escrito. Para la autorización se debe llenar el módulo disponible en la Oficina de Información.

El retiro de la copia del estudio radiológico se realiza en las ventanillas de Radiología, situadas en la entreplanta del primer piso, de lunes a viernes de 8:00 a 18:00 horas y los sábados de 8:00 a 14:00 horas.