

PACIENTE: _____

Fecha: _____

ANÁLISIS DE SANGRE:

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Sistemático de sangre: | <input checked="" type="checkbox"/> Recuento de Hematíes |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Recuento y fórmula Leucocitaria |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Hto. Hgb. VCM. HCM. CHCM |
| <input checked="" type="checkbox"/> Pruebas de Coagulación | <input checked="" type="checkbox"/> Tiempo de Coagulación, Hemorragia |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Tiempo de Protrombina, Cefalina |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Plaquetas, Fibrinógeno |
| <input checked="" type="checkbox"/> Glucosa, Urea, Creatinina | |
| <input checked="" type="checkbox"/> GOT. GPT. GGT. | |
| <input type="checkbox"/> Fosfatasa Alcalina | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Colesterol: HDL . LDL. Triglicéridos. | |
| <input type="checkbox"/> Proteínas Totales y Fracciones | |
| <input checked="" type="checkbox"/> VSG | |
| <input type="checkbox"/> Cuantificación de Inmunoglobulinas C3 - C4 | |
| <input type="checkbox"/> Detección de Anticuerpos Antinucleares | |
| <input type="checkbox"/> Waaler-Rose, Latex y Proteína C Reactiva | |
| <input type="checkbox"/> T3 , T4 (Total y Libre) y TSH | |
| <input type="checkbox"/> Sideremia | |
| <input checked="" type="checkbox"/> VIH | |
| <input type="checkbox"/> Grupo Sanguíneo y Factor Rh. | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Otras Pruebas: Hepatitis A B C | |

ANÁLISIS DE ORINA: Sedimento y elementos anormales

EXAMEN CARDIOLÓGICO: Electrocardiograma y Riesgo Quirúrgico: con informe
 Evaluación Cardio-Respiratoria

RADIOLOGÍA: Con Informe Radiografía de Torax: P-A y Perfil
 RX. de la Cara: Perfil Facial, Partes blandas
 RX. Huesos propios de la Nariz y Senos de la Cara
 Mamografía: Si procede
 Ecografía Mamaria
 Otras:

INFORME OFTALMOLÓGICO: Test de Shirmer

INFORME NEUROLÓGICO:

OTROS:

Solicitado por el Dr. _____