

FORMULARIO SOLICITUD DE  
**RESONANCIA MAGNÉTICA (MRI)**

**DATOS GENERALES DEL PACIENTE**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Afiliado: \_\_\_\_\_

No. Carnet: \_\_\_\_\_

Plan de Salud: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

**Diagnóstico**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Historia de Enfermedad Actual**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Estudios realizados previos (TAC de columna, Rx simple, Sonografía, Mielografía). Anexar resultados**

A. \_\_\_\_\_  
B. \_\_\_\_\_  
C. \_\_\_\_\_  
D. \_\_\_\_\_

**Tratamiento de medicamentos, fisioterapia, recibido por el paciente, anterior y actualmente**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Resonancia Magnetica (**Especificar**) Firma, sello y Exequátur del Médico: \_\_\_\_\_