



Apellidos y Nombres:.....

<p style="text-align: center;"><u>TELE-RX TÓRAX</u></p> <p><u>RESULTADOS:</u></p> <p style="text-align: center;">Firma y Sello del Médico</p>	<p style="text-align: center;"><u>RX COLUMNA CERVICAL</u> (Frente y Perfil)</p> <p><u>RESULTADOS:</u></p> <p style="text-align: center;">Firma y Sello del Médico</p>
<p style="text-align: center;"><u>RX COLUMNA LUMBAR</u> (Frente y Perfil)</p> <p><u>RESULTADOS:</u></p> <p style="text-align: center;">Firma y Sello del Médico</p>	<p style="text-align: center;"><u>ANÁLISIS</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Sangre: V.D.R.L. -Eritrosedimentación Grupo Sanguíneo - Factor RH – H.I.V. (optativo)• Orina: Completo <p><u>RESULTADOS:</u></p> <p style="text-align: center;">Firma y Sello del Médico</p>