



Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

URGENTE

Teléfonos: 8 34 2700 y 8 34 2701, ext: 117-118

Fecha:

____/____/____
Día Mes Año

Nombre del paciente:				No. de registro hospitalario o foto:			
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Servicio:	Cama:	Consulta Externa <input type="checkbox"/>	
Domicilio:				Localidad:		Teléfono:	
Diagnósticos probables:							
HEMATOLOGÍA							
49 Biometría hemática con plaquetas <input type="checkbox"/>		102 Velocidad de sedimentación globular <input type="checkbox"/>		162 Retículocitos <input type="checkbox"/>		187 Grupo sanguíneo y factor Rh <input type="checkbox"/>	
54 células LE <input type="checkbox"/>		188 Eosinófilos en moco nasal <input type="checkbox"/>		50 Búsqueda de plasmodium <input type="checkbox"/>		241 Cuerpos Lameles <input type="checkbox"/>	
160 Tinción aspirado de médula ósea <input type="checkbox"/>							
COAGULACIÓN							
101 Fibrinógeno <input type="checkbox"/>		179 Tiempo de protombina (TP) <input type="checkbox"/>		180 Tiempo de tromboelastina parcial (TTP) <input type="checkbox"/>		156 Dímero D <input type="checkbox"/>	
193 TP con corrección de plasma fresco <input type="checkbox"/>		194 TTP con corrección de plasma fresco <input type="checkbox"/>		210 Tiempo de trombina <input type="checkbox"/>			
SEROLOGÍA							
191 VDRL <input type="checkbox"/>		161 Reacciones febriles <input type="checkbox"/>		158 Factor reumatoide cuantificado <input type="checkbox"/>		145 PCR cuantificada <input type="checkbox"/>	
222 P/E en sangre <input type="checkbox"/>		163 Rotavirus <input type="checkbox"/>		11 Anti CCP <input type="checkbox"/>		02 AELO cuantificado <input type="checkbox"/>	
QUÍMICA CLÍNICA							
111 Química sanguínea <input type="checkbox"/>				110 Glucosa pre y post <input type="checkbox"/>		80 Curva de tolerancia a la glucosa <input type="checkbox"/>	
159 Tamiz <input type="checkbox"/>		245 Amilasa pancreática <input type="checkbox"/>		59 Colesterol <input type="checkbox"/>		198 Triglicéridos <input type="checkbox"/>	
114 HDL colesterol <input type="checkbox"/>		124 LDL colesterol <input type="checkbox"/>		107 Hemoglobina glicosilada <input type="checkbox"/>		249 Lipasa <input type="checkbox"/>	
103 Insulina <input type="checkbox"/>							
	Suero	Una micción	Orina de 24 horas	PRUEBAS DE FUNCIÓN HEPÁTICA			
Glucosa	100 <input type="checkbox"/>		112 <input type="checkbox"/>	140 PFH colestas <input type="checkbox"/>		173 TGO / AST <input type="checkbox"/>	
Urea	180 <input type="checkbox"/>	100 <input type="checkbox"/>	181 <input type="checkbox"/>	105 Fosfatasa alcalina <input type="checkbox"/>		28 Albúmina/Globulina <input type="checkbox"/>	
Urea post	201 <input type="checkbox"/>			48 Bilirubinas <input type="checkbox"/>		174 TGP / ALT <input type="checkbox"/>	
Creatinina	67 <input type="checkbox"/>	79 <input type="checkbox"/>	223 <input type="checkbox"/>	PARASITOLOGÍA			
Acido úrico	20 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>	19 <input type="checkbox"/>	64 Coproparasitoscópico directo <input type="checkbox"/>		65 Coproparasitoscópico III <input type="checkbox"/>	
Sodio, potasio y cloro	219 <input type="checkbox"/>	85 <input type="checkbox"/>	85 <input type="checkbox"/>	30 Amiba en fresco <input type="checkbox"/>		139 pH <input type="checkbox"/>	
Calcio	91 <input type="checkbox"/>	211 <input type="checkbox"/>	61 <input type="checkbox"/>	220 Acción triplica <input type="checkbox"/>		113 Grasa en heces <input type="checkbox"/>	
Fósforo	106 <input type="checkbox"/>	104 <input type="checkbox"/>	107 <input type="checkbox"/>	168 Sangre oculta en heces <input type="checkbox"/>		200 Prueba de Graham <input type="checkbox"/>	
Magnesio	122 <input type="checkbox"/>	133 <input type="checkbox"/>	134 <input type="checkbox"/>	200 Prueba de Graham <input type="checkbox"/>		117 APT Hb. Fetal <input type="checkbox"/>	
Amilasa	27 <input type="checkbox"/>			RENAL			
				93 Examen general de orina <input type="checkbox"/>		151 Proteínuria de 24 horas <input type="checkbox"/>	
				154 Proteinuria de una sola micción <input type="checkbox"/>		149 Proteína de Benca Jones <input type="checkbox"/>	
				81 Depuración de creatinina en orina de 24 horas <input type="checkbox"/>		58 Clonuro férrico <input type="checkbox"/>	
				235 Microalbuminuria en orina matinal <input type="checkbox"/>		234 Microalbuminuria en Orina de 24 horas <input type="checkbox"/>	
PERFIL CARDIACO							
82 DHL <input type="checkbox"/>		173 TGO / AST <input type="checkbox"/>		68 CPK <input type="checkbox"/>		69 CPK/MB <input type="checkbox"/>	
				167 TROPONINA <input type="checkbox"/>		302 BMP <input type="checkbox"/>	
PERFIL TORCH							
225 Completo <input type="checkbox"/>		13 Ac. IgG Rubéola <input type="checkbox"/>		17 Ac. IgG Rubéola <input type="checkbox"/>		12 Ac. IgG Antitoxoplasma <input type="checkbox"/>	
18 Ac. IgM Antitoxoplasma <input type="checkbox"/>		15 Ac. IgG Citomegalovirus <input type="checkbox"/>		16 Ac. IgM Citomegalovirus <input type="checkbox"/>		10 Ac. HIV I - HIVII <input type="checkbox"/>	

Los exámenes **URGENTES** (en negrita y subrayado) pueden solicitarse las 24 horas, previa autorización del Médico Adjunto. Las muestras de los estudios de rutina se tomarán en cada servicio por el personal químico del Laboratorio, de Lunes a Viernes a las 7.15 a. m. No se reciben solicitudes mal requisitadas.

PERFIL HEPATITIS	08 Ac. Anti HAV IgG <input type="checkbox"/>	09 Ac. Anti HAV IgM <input type="checkbox"/>	04 Ac. Al Ags VHS <input type="checkbox"/>	14 AgB VHS <input type="checkbox"/>
	34 Ac. Anticore VHS <input type="checkbox"/>	35 Ac. Anticore IgM VHB <input type="checkbox"/>	33 Anti VHC <input type="checkbox"/>	
PERFIL TIROIDEO	141 Completo <input type="checkbox"/>	172 Captación de Iodina <input type="checkbox"/>	176 T3 total <input type="checkbox"/>	177 T4 total <input type="checkbox"/>
	226 Índice T4 Libre <input type="checkbox"/>	115 TSH <input type="checkbox"/>	202 T3 libre real <input type="checkbox"/>	209 T4 libre real <input type="checkbox"/>
PERFIL GINECOLÓGICO	121 FSH <input type="checkbox"/>	143 Progesterona <input type="checkbox"/>	147 Prolactina <input type="checkbox"/>	92 Estradiol <input type="checkbox"/>
	122 LH <input type="checkbox"/>	175 Testosterona <input type="checkbox"/>		
DROGAS TERAPÉUTICAS	21 Ac. valproico <input type="checkbox"/>	98 Fenobarbital <input type="checkbox"/>	Fecha y hora de última dosis	Fecha y hora de obtención de muestra:
	340 Ciclosporina <input type="checkbox"/>	86 Cortisol <input type="checkbox"/>		
	53 Carbamazepina <input type="checkbox"/>	155 Tacrolimus <input type="checkbox"/>		
	98 Finitoína <input type="checkbox"/>	83 Digoxina <input type="checkbox"/>		
MARCADORES TUMORALES	213 CA 125 <input type="checkbox"/>	171 Sub-B-HGC cuantificada <input type="checkbox"/>	233 Sub-B-HGC cuantificada <input type="checkbox"/>	23 Ag. Carcinoembrionario <input type="checkbox"/>
	29 Alfa-fetoproteína <input type="checkbox"/>	199 Ag. Prostático Específico <input type="checkbox"/>	199 Ag. Prostático Libre <input type="checkbox"/>	212 Ca 19-9 <input type="checkbox"/>
LÍQUIDOS DIVERSOS	127 LCR completo <input type="checkbox"/>	224 CRP sintético de LCR <input type="checkbox"/>	226 Líquido peritoneal <input type="checkbox"/>	128 Líquido amniótico <input type="checkbox"/>
	130 Líquido pleural <input type="checkbox"/>	128 Líquido de ascitis <input type="checkbox"/>	125 Líquido de dialisis <input type="checkbox"/>	227 líquido de pericardio <input type="checkbox"/>
	131 Líquido sinovial <input type="checkbox"/>			
COAGULACIONES	Especimen: _____		N. Meningocócica B/E Coll.K1 <input type="checkbox"/>	N. Meningocócica A <input type="checkbox"/>
	N. Meningocócica C <input type="checkbox"/>	N. Meningocócica Y/W 135 <input type="checkbox"/>	Haemophilus influenzae B <input type="checkbox"/>	Streptococcus pneumoniae <input type="checkbox"/>
	Streptococcus B <input type="checkbox"/>	71 Por especie (sólo uno) <input type="checkbox"/>		
ESPECIALES	196 Vitamina B-12 <input type="checkbox"/>	52 Captación libre de fijación de hierro <input type="checkbox"/>	118 Hierro sérico <input type="checkbox"/>	100 Ferritina <input type="checkbox"/>
	108 Geometría Simple <input type="checkbox"/>	108 Geometría completa c/ lactato <input type="checkbox"/>	156 Captación total y porcentaje de saturación de hierro <input type="checkbox"/>	
MICROBIOLOGÍA	Fecha y hora de colección: _____			Antibióticos últimas 48 horas: _____
	116 Hemocultivo <input type="checkbox"/>	75 Líquido celostomáquico <input type="checkbox"/>	96 Exudado Faringeo <input type="checkbox"/>	_____
	251 Punta de catéter <input type="checkbox"/>	95 Exudado vaginal <input type="checkbox"/>	73 Urocultivo <input type="checkbox"/>	_____
	63 Coprocultivo <input type="checkbox"/>	96 Exudado urinal <input type="checkbox"/>	256 Micocultivo <input type="checkbox"/>	_____
	184 Expectoración <input type="checkbox"/>	Tajidos: _____	252 Secreciones purulentas. Sí/No: _____	
	301 Detección de toxinas A y B de Clostridium <input type="checkbox"/>	Líquidos: _____	Cultivo CON carga bacteriana <input type="checkbox"/>	Cultivo SIN carga bacteriana <input type="checkbox"/>
	266 Cultivo en otro espécimen <input type="checkbox"/>			
BACILOSCOPIA:	45 Orina <input type="checkbox"/>	185 Expectoración <input type="checkbox"/>	46 Otro espécimen <input type="checkbox"/>	TINCIONES: 263 Gram <input type="checkbox"/>
	Número de muestras: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V			186 Azú de metileno <input type="checkbox"/>
				185 Ziehl Neelsen <input type="checkbox"/>
				216 KOH (hongos) <input type="checkbox"/>
				186 Nigrosina (criptococo) <input type="checkbox"/>
CULTIVOS:	73 Bacteriológicos <input type="checkbox"/>	79 Hongos <input type="checkbox"/>	230 Antibióticos <input type="checkbox"/>	ESPECIALES: 183 Criptosporidias (heces fecales) <input type="checkbox"/>
Entrega muestras (nombre y hora)		Recibe muestras (nombre y hora)		
Recibe resultados (nombre y hora)				
<p>Los exámenes URGENTES (en negrita y subrayado) pueden solicitarse las 24 horas, previa autorización del Médico Adjunto. Las muestras de los estudios de rutina se tomarán en cada servicio por el personal químico del Laboratorio, de Lunes a Viernes a las 7:15 a. m. No se reciben solicitudes mal requisitadas.</p>				

MEDICO SOLICITANTE (Nombre, firma y matrícula)



HOSPITAL CENTRAL
"DR. IGNACIO MORONES PRIETO"

SOLICITUD DE ESTUDIOS RADIOLÓGICOS, DE IMAGEN Y GABINETE	FECHA:
---	--------

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	No. de registro hospitalario o folio:
----------------------	----------------------	---------------------------------------

Edad:	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Servicio:	Cama:	Consulta Externa <input type="checkbox"/>
-------	--	-----------	-------	---

Datos clínicos y justificación completa de los estudios solicitados:

RADIOLOGÍA	Portátil <input type="checkbox"/>	Placa simple <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> proyecciones	Especial <input type="checkbox"/>	Ultrasonido <input type="checkbox"/>
	Gammagrafía* <input type="checkbox"/>	Imagen por Resonancia Magnética* <input type="checkbox"/>	TC <input type="checkbox"/>	TC Alta Resolución <input type="checkbox"/>
	Sala de Hemodinamia <input type="checkbox"/>	Especifique el área anatómica a estudiar:	TC Reconstrucción <input type="checkbox"/>	TC Reconstrucción <input type="checkbox"/>
	Cráneo <input type="checkbox"/>	Cuello <input type="checkbox"/> Tórax <input type="checkbox"/>	Abdomen <input type="checkbox"/> Pelvis <input type="checkbox"/>	Extremidades <input type="checkbox"/>
	Contraste IV <input type="checkbox"/>	Contraste oral <input type="checkbox"/>	Contraste rectal <input type="checkbox"/>	Abdomen <input type="checkbox"/>
	Anestesia <input type="checkbox"/>	Área de interés:		

Resultados de laboratorio	TP:	TPT:	Glucosa:	Urea:	Creatinina:
Fecha:	Hb:	Plaquetas:	Otro:		

Doppler <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Regiones <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Biopsia Guiada x U.S. <input type="checkbox"/>	Punción Guiada x U.S. <input type="checkbox"/>	Tránsito Esofágico e Esofagograma <input type="checkbox"/>
Serie Ósea Niño de 6 a 12 años metastásica <input type="checkbox"/>	Cistocunetrografía Dinámica <input type="checkbox"/>	Colograma Distal <input type="checkbox"/>	Colón por Enema <input type="checkbox"/>	
Serie Ósea Adultos - metastásica <input type="checkbox"/>	Fistulografía <input type="checkbox"/>	Pielografía Ascendente 1 Riñón <input type="checkbox"/>	Pielografía Ascendente 2 Riñones <input type="checkbox"/>	
Serie Gastro Duodenal Contra. <input type="checkbox"/>	Serie Gastro Duodenal Niño <input type="checkbox"/>	Tránsito Intestinal <input type="checkbox"/>	Uretrografía Retrograda <input type="checkbox"/>	
Edad Ósea <input type="checkbox"/>	Colangiografía por Sonda en T <input type="checkbox"/>	Histerosalpingografía <input type="checkbox"/>	Histerosonografía <input type="checkbox"/>	Urografía Excretora <input type="checkbox"/>

Imagenología Mamaria	Mamografía <input type="checkbox"/>	Biopsia MAMA por Estereotaxia <input type="checkbox"/>
Ultrasonido mamario <input type="checkbox"/>		

Indicación de la Mastografía o Ultrasonido:

Otros factores de riesgo:



Monitoreo fetal <input type="checkbox"/>	Prueba sin estrés (PSS) <input type="checkbox"/>	Prueba de tolerancia a la oxitocina <input type="checkbox"/>	Perfil biofísico <input type="checkbox"/>
Amniocentesis <input type="checkbox"/>	Colposcopia simple <input type="checkbox"/>	Colposcopia con biopsia <input type="checkbox"/>	Otro: _____
Colpocitología <input type="checkbox"/>	Nivel hormonal <input type="checkbox"/>	Detección de cáncer <input type="checkbox"/>	Infección <input type="checkbox"/>

Observaciones: _____

MEDICO SOLICITANTE (Nombre, firma y matrícula)

GASTROENTEROLOGÍADiagnóstica Terapéutica Panendoscopia CPRE Colonoscopia Rectosigmoidoscopia Especifique:**CARDIOLOGÍA**Cateterismo cardíaco simple Cateterismo cardíaco con oximetría Angioplastia Coronariografía Procedimiento coronario
intervencionista (PCI-Stent) Procedimiento cardiológico no
coronario Prueba de esfuerzo Electrocardiograma Estudio electrofisiológico Estudio Holter 24 de horas* Monitoreo ambulatorio de presión
arterial*

Ecodopografía

Transatorácico Transesofágico Isquemia Estrés Dipiridamol Dobutamina Viabilidad **PRUEBAS DE FUNCIÓN RESPIRATORIA**

¿El paciente tiene alguno de los siguientes antecedentes?

Infarto agudo al miocardio en los últimos
siete días Hemoptisis activa Neumotórax Neurocirugía en el último mes Hemorragia cerebral en el último mes Insuficiencia respiratoria con
hipoxemia severa (SaO₂ < 90%) Tuberculosis activa o sospecha de la
misma Uso de broncodilatadores

Nombre del médico que proporcionó la información:

Los primeros seis antecedentes son contraindicación para realizar las pruebas de función respiratoria

Estudio solicitado:01 Espirometría simple Espirometría y difusión pulmonar 03 Espirometría y volúmenes pulmonares 04 Espirometría con
broncodilatador 05 Oximetría en reposo 06 Oximetría en ejercicio 08 Espirometría, volúmenes
pulmonares y difusión pulmonar 09 Espirometría, volumen pulmonar, difusión, presiones inap/esp máxima y
oximetría 10 Espirometría con otros
medicamentos Broncoscopia diagnóstica Lavado bronquial Biopsia pulmonar Polisomnografía **OFTALMOLOGÍA**Ojo derecho Ojo izquierdo Bilateral Campimetría estándar Azul/Amarillo Ultrasonido ocular modo A Ultrasonido ocular modo B Fluorangiografía Aplicación de laser Otro Especifique:**NEUROLOGÍA**Electroencefalograma Electromiografía Emisiones otoacústicas Potenciales evocados* Telemetría* Velocidad de conducción nerviosa*

Potenciales evocados, especifique:

OTORRINOLARINGOLOGÍAAudiometría* Fibrolaringoscopia **REUMATOLOGÍA**Densitometría una región Densitometría dos regiones **URODINAMIA**Estudio completo Estudio parcial Cistomanometría Cistometría de vaciamiento Electromiografía Perfil uretral Uroflujometría

* Estudios de imagen y gabinete que se efectúan fuera del Hospital

MÉDICO SOLICITANTE (Nombre, firma y matrícula)