



Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

URGENTE

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

Fecha: _____
Dia 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 Retículoctos <input type="checkbox"/>		187 Grupo sanguíneo y factor Rh <input type="checkbox"/>	
54 células LE <input type="checkbox"/>		189 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 glucosilada <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 coaguladas <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 Albumina/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"/>	70 <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"/>	86 <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"/>	RENAL			
Amilasa	27 <input type="checkbox"/>			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 Bence Jones <input type="checkbox"/>	
				81 Depuración de creatinina en orina de 24 horas <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"/>		15 Ac. IgM Citomegalovirus <input type="checkbox"/>		10 Ac. HIV I - HIVI <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"/>
	228 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 TERAPEUTICAS	21 Ac. valproico <input type="checkbox"/>	99 Fenobarbital <input type="checkbox"/>	Fecha y hora de última dosis	Fecha y hora de obtención de muestra:
	240 Ciclosporina <input type="checkbox"/>	96 Cortisol <input type="checkbox"/>		
	53 Carbamazepina <input type="checkbox"/>	155 Tacrolimus <input type="checkbox"/>		
	98 Fenitoína <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 cuantificado <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. Meningitis B/E Col. K1 <input type="checkbox"/>	N. Meningitis A <input type="checkbox"/>	
	N. Meningitis C <input type="checkbox"/>	N. Meningitis Y/W 135 <input type="checkbox"/>	Haemophilus influenzae B <input type="checkbox"/>	
	Streptococcus B <input type="checkbox"/>	71 Por especie (sólo uno) <input type="checkbox"/>	Streptococcus pneumoniae <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/ lactado <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 gastrogástrico <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 uretral <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"/>	
296 Cultivo en otro espécimen <input type="checkbox"/>				
BACILOSCOPIA:	45 Orina <input type="checkbox"/>	185 Expectoración <input type="checkbox"/>	46 Otro espécimen	TINCIONES: 283 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"/>
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"/>	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"/>	Cisternografía 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 Contraste <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 Recto sigmoidoscopia Especifique:**CARDIOLOGÍA**Cateterismo cardíaco simple Cateterismo cardíaco con oximetría Angioplastia Coronariografía Procedimiento coronario Procedimiento cardíaco no 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 Hemoptisis activa Neumotórax Neurocirugía en el último mes

siete días

Insuficiencia respiratoria con Tuberculosis activa o sospecha de la mama Uso de broncodilatadores Hemorragia cerebral en el último mes hipoxemia severa (SaO₂ < 90%)

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 05 Oximetría en reposo 06 Oximetría en ejercicio 08 Espirometría, volúmenes 09 Espirometría, volumen pulmonar, difusión, presiones inap/esp máxima y 10 Espirometría con otros

pulmonares y difusión pulmonar

oximetría

medicamentosos 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 obacísticas 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

MEDICO SOLICITANTE (Nombre, firma y matrícula)