

Resonancia Magnética *

Angioresonancia

Colangioresonancia

Espectroscopia

Tomografía *
Helicoidal Multislice

Tomografía
por Emisión de
Positrones (PET)

Medicina Nuclear *

Densitometría Osea *

Ecografías General
4D - Scan Fetal

Doppler Color *

Radiología Digital *

Radiología Pediátrica

Radiología Dental *

Espinografía Digital

Mamografía Digital

Punción Estereotáxica

Estudios Cardiológicos

Estudios Neurológicos

Polisomnografía

Estudios Funcionales
Respiratorios

Endoscopia Digestiva

Terapéutica del Dolor

Dr. Pedro E. Louge

Dr. Julio N. Feierstein

Prof. Dr. Daniel E. Garzón



PET (Tomografía por emisión de positrones) y PET-TC (Fusión del PET con la tomografía computada)

DATOS DEL PACIENTE PARA ESTUDIO PET

Apellido y Nombre:
Obra Social:.....
Fecha de Nacimiento:
DNI:.....
Domicilio:.....
Teléfono:.....
E-mail:.....
Médico que solicitó el estudio:.....
Diagnóstico:.....
.....

ANTECEDENTES

¿ Fuma?.....¿Desde que edad?.....¿Cuántos paquetes por día?.....
¿ Dejó de fumar?..... Fecha en que dejó el hábito:.....
(Si dejó de fumar, indicar también desde que edad lo hizo y cantidad diaria de cigarrillos).
¿Es diabético?.....
Fecha de última menstruación:.....
Medicación que recibe actualmente:.....
Peso:.....Kg.....

TRATAMIENTO

Cirugías (Anotar intervención y fecha)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
¿Quimioterapia?.....
.....
Fecha de finalización:.....
¿Recibe o recibió medicación para estimular la médula ósea?.....
Indicar fecha:.....
¿Radioterapia?.....
.....
Fecha de finalización:.....

Continúa al dorso

Comuníquese a nuestra Central: 0810-333-TESLA(83752)

Ntra. Sra. del Buen Viaje 548 (CP 1708) Tel.: 4483-0323 / 4489-9999 – Morón
Avda. Pte. Illía 2160 (CP 1754) Tel.: 4482-1252 – San Justo Pcia. de Bs. As.
Int. Pagano 2666 (CP 1744) Tel.:(0237)460-0303-Moreno Pcia. de Buenos Aires
www.diagnosticotelsa.com.ar

FR0144-R0



* Estudios realizados
bajo normas IRAM

UNIDAD DOCENTE
Facultad de Medicina
Universidad de Morón

