

ORDEN DE EXAMEN – CLASE 1

Procedencia: *CENTRO DE MEDICINA AEROESPACIAL*

Paciente: _____

Fecha: _____



Código Prestación

- 401070 RX. TORAX A/P LATERAL
- 523204 ORTOPANTOMOGRFÍA (RADIOGRAFÍA DENTAL)
 - RX BITE WING BILATERAL
- 1701001 ELECTROCARDIOGRAMA CON INFORME
- 331045 HEMOGRAMA
- 302047 GLICEMIA
- 302023 CREATININA
- 302034 PERFÍL LIPÍDICO
- 302510 PEFÍL BIOQUÍMICO
- 309022 ORINA COMPLETA
- 306069 HIV
- 306038 R.P.R.
 - GRUPO SANGUINEO
- 1101043 E.E.G. DIGITAL (CON ACTIV.) 32 CANALES ESTANDAR

En el caso de las mujeres se debe agregar :

CERTIFICADO DE EVALUACIÓN GINECOLÓGICA

(*) Solicitud de exámenes valido sólo para postulantes menores de 40 años.

FIRMA MÉDICO

FUERZA AÉREA DE CHILE
CENTRO DE MEDICINA AEROESPACIAL

Avenida Las Condes 8631
Las Condes - Santiago – Teléfono (562) 2976 6700
cmae@fach.mil.cl