

ORDEN DE EXAMEN – CLASE 3

Procedencia: *CENTRO DE MEDICINA AEROESPACIAL*

Paciente: _____

Fecha: _____

Código Prestación

- 401070 RX. TORAX A/P LATERAL
- 523204 ORTOPANTOMOGRAFÍA (RADIOGRAFÍA DENTAL)
 - RX BITE WING BILATERAL
 - ELECTROENCEFALOGRAMA DIGITAL ESTANDAR CON INFORME
- 1701001 ELECTROCARDIOGRAMA CON INFORME
- 331045 HEMOGRAMA
- 302047 GLICEMIA
- 302023 CREATININA
- 302510 PEFÍL BIOQUÍMICO
- 309022 ORINA COMPLETA
- 306069 HIV
 - GRUPO SANGUINEO
- 306038 R.P.R.

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