

ORDEN DE EXAMEN – EXAMEN DE SALUD

Procedencia: *CENTRO DE MEDICINA AEROESPACIAL*

Paciente: _____

Fecha: _____

Código Prestación

401070 RX. TORAX A/P LATERAL
331045 HEMOGRAMA
302047 GLICEMIA
302023 CREATININA
302510 PERFIL BIOQUÍMICO
309022 ORINA COMPLETA
306069 HIV
--- GRUPO SANGUINEO
306038 R.P.R.

(*) 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