



**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL**  
**EXAMEN O ESTUDIO RADIOLÓGICO**  
**SEGURO SOCIAL CAMPESINO**

|  |                  |           |   |
|--|------------------|-----------|---|
| INFORME N°   | ESTABLECIMIENTO  | LOCALIDAD | N° AFILIACIÓN   |
| APELLIDO PATERNO   | MATERNO          | NOMBRES   | EDAD  |
| TIPO DE BENEFICIARIO   |                  |           | N° CÉDULA DE IDENTIDAD                                  |
| <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> S. Agrícola <input type="checkbox"/> S.S.C. <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Familiar |                  |           |   |
| FECHA PEDIDO   | HOSPITALIZACIÓN  | CAMA N°   | SERVICIO DE:  |
| ..... / ..... / .....  | CONSULTA EXTERNA |           | URGENTE   |
|  |                  |           | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

**SOLICITUD DE EXAMEN y/o ESTUDIO POR IMÁGENES E INFORME**

Examen solicitado: \_\_\_\_\_

Datos Clínicos y Diagnóstico Presuntivo: \_\_\_\_\_

| DATOS COMPLEMENTARIOS              |                          |                          |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                    | SI                       | NO                       |
| Puede movilizarse                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Puede quitarse vendajes o apósitos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| El médico estará en el examen      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Examen en la cama                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

-----  
 Firma del Médico solicitante

-----  
 N° Código

**I N F O R M E**

|                       |                        |  |
|-----------------------|------------------------|--|
| FECHA DEL EXAMEN      | N° ARCHIVO DE IMÁGENES | APELLIDOS Y NOMBRES DEL TECNÓLOGO MÉDICO |
| ..... / ..... / ..... |                        |  |

Informe: \_\_\_\_\_

Recomendaciones: \_\_\_\_\_

|                              |            |         |            |         |        |         |         |              |
|------------------------------|------------|---------|------------|---------|--------|---------|---------|--------------|
| N° de películas según tamaño | 18 x 24    | 24 x 30 | 8 x 10     | 30 x 40 | 7 x 17 | 14 x 14 | 14 x 17 | N° de rollos |
| (Odontológicas)              | Periapical | Oclusal | Panorámica |         |        |         |         |              |

-----  
 Fecha

-----  
 Firma del Médico

-----  
 N° Código

Form: N° 6100-17-2500.000-2008-10-20-2056-SSC:

**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL**  
**SEGURO SOCIAL CAMPESINO**  
**COMPROBANTE DE PAGO**

1. Aportes USD .....
2. Organización: .....
3. Afiliado: .....  
(Apellidos y Nombres)
4. Afiliación N° .....
5. Válida por el mes (es) de: .....
6. Fecha de pago: .....

.....  
**RECAUDADOR**

**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL**  
**SEGURO SOCIAL CAMPESINO**  
**COMPROBANTE DE PAGO**

1. Aportes USD .....
2. Organización: .....
3. Afiliado: .....  
(Apellidos y Nombres)
4. Afiliación N° .....
5. Válida por el mes (es) de: .....
6. Fecha de pago: .....

.....  
**RECAUDADOR**