

# Hoja de sondeo radiológico del paciente

Nombre del paciente:			Número de seguro social/identificación:			Fecha:	
Identificación del instrumento:	Fecha de calibración:	Revisión de batería:	Revisión de respuesta:	Fondo:	Hisopado nasal:		
					(D)	(I)	
Sondeo realizado por:				Firma:			

