

Intalación _____
Nombre _____
S.S. _____ Fecha _____
No. _____
No. _____

COD. 02-1028-24

CAJA DE SEGURO SOCIAL
CONSULTA RADIOLOGICA

☒ RADIOLOGIA
☐ TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA
☐ MEDICINA NUCLEAR
☐ ULTRASONIDO
☐ RESONANCIA MAGNÉTICA

☐ ORDINARIO
☐ PRONTITUD

FECHA: 25/1/23

UNIDAD EJECUTORA: _____

SERVICIO: _____

CAMA: _____

NOMBRE: David Herrera

EDAD: 19a SEXO: F ☐ M ☒

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

OCUPACIÓN: _____

No. S.S.: _____ No. CED.: 9-762-2285

EMBARAZO: SI ☐ NO ☐

NOMBRE DEL MÉDICO: _____

FIRMA Y CÓDIGO: _____

Dra. Rosalinda Arce
Médico Cirujano General
Registro: 9235

HISTORIA CLÍNICA (BREVE RELACIÓN DE DATOS RELEVANTES Y PROPÓSITO ESPECÍFICO POR EL CUAL SOLICITA EL EXAMEN)

Rx de tórax PA e inform.

DIAGNÓSTICO: Control de salud

EXÁMENES ANTERIORES: SI ☐ NO ☐

EXÁMENES SOLICITADOS:

Indique el órgano o la región y la clase de
examen deseado y no el método a seguir

(1)

(2)

(3)

Rx tórax PA

CITA

No. DE EXAMEN:

CITA

No. DE EXAMEN:

CITA

No. DE EXAMEN:

RECEPCIONISTA: _____

No. DE PLACA

EQUIPO

KV:

Mas:

FECHA Y HORA: _____

TECNICO:

FECHA Y HORA DE EXAMEN:

SE RUEGA ESCRIBIR EN LETRA IMPRENTA. LAS SOLICITUDES ILEGIBLES SERAN DEVUELTAS

Imp. CASESO