

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: \_\_\_\_\_

UNIDAD EJECUTORA: \_\_\_\_\_ SERVICIO: *Geriatría* CAMA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: *Marina Ruge* EDAD: *68* SEXO: F ☐ M ☐

DIRECCIÓN: *9-98-751* TELÉFONO: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

No. S.S.: \_\_\_\_\_ No. CED.: \_\_\_\_\_ EMBARAZO: SI ☐ NO ☐

NOMBRE DEL MÉDICO: *Dra. García/Díaz* FIRMA Y CÓDIGO: *[Firma]*

*Dra. Anneth García Chanis*  
 Geriatría - Reg. 7912  
 Especialista en Adulto Mayor

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

*Re femenina de 68 a. con APP de HTA, DM 2, hipertiroidismo y policitemia vera. Acude  
 por cuadro de hemiparesia derecha, bradilalia, sin pérdida del estado de alerta.  
 Cst reporta enfermedad isquémica de pequeños vasos. Se solicita  
 estudio para evaluar presencia de daño estructural.*

DIAGNÓSTICO: *① ECV ② Policitemia vera ③ HTA ④ DM 2 ⑤ Hipertiroidismo* 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) <i>RMN cerebral simple</i>	CITA _____	No. DE EXAMEN: _____
(2) _____	CITA _____	No. DE EXAMEN: _____
(3) _____	CITA _____	No. DE EXAMEN: _____

RECEPCIONISTA: \_\_\_\_\_ No. DE PLACA \_\_\_\_\_ EQUIPO \_\_\_\_\_ KV: \_\_\_\_\_ Mas: \_\_\_\_\_

FECHA Y HORA: \_\_\_\_\_ TÉCNICO: \_\_\_\_\_ FECHA Y HORA DE EXAMEN: \_\_\_\_\_

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

Imp. CASESO