

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: 23/5/02

UNIDAD EJECUTORA: H. Hospital General de la Ciudad de México SERVICIO: Cirujía
NOMBRE: Anlys de la Cruz EDAD: 42 años SEXO: F ☒ M ☐
DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____ OCUPACIÓN: _____
No. S.S.: _____ No. CED.: 9702-1574 EMBARAZO: SI ☐ NO ☐

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ FIRMA Y CÓDIGO: _____

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

H. General de la Ciudad de México, Cirujía, 42 años, mujer, con antecedentes de HTA, diabetes, y enfermedad crónica de hígado, con cirrosis y carcinoma de hígado.

DIAGNÓSTICO: _____

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) CIT abdominal
(2) Contrastado
(3) _____

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