

Relacion
Nombre
Fecha
No.
No.

COD. 02-1028-24

CAJA DE SEGURO SOCIAL
CONSULTA RADIOLOGICA

☐ ORDINARIO
☒ PRONTITUD

FECHA:

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

UNIDAD EJECUTORA: Policlínica Dr. Horacio Díaz Gómez
NOMBRE: Eladio Bana
DIRECCIÓN: La Cuesta
No. S.S.:
No. CED: 8-503-625 EMBARAZO: SI ☐ NO ☐
TELÉFONO: Dr. Rafael Ramos
FIRMA Y CÓDIGO: Reg. 4085 * C.O.P.R. 533
Pol. Horacio Díaz Gómez

NOMBRE DEL MÉDICO: Dr. Ramos
HISTORIA CLÍNICA (BREVE RELACION DE DATOS RELEVANTES Y PROPÓSITO ESPECÍFICO POR EL CUAL SOLICITA EL EXAMEN)

Edad 42 años

DIAGNÓSTICO: Descartar TUP y MII

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

(3) Uter. Doble Vena
de MII Izquierda

CITA
CITA
CITA

EXÁMENES ANTERIORES: SI ☐ NO ☐
No. DE EXAMEN:
No. DE EXAMEN:
No. DE EXAMEN:

Mas:

RECEPCIONISTA:

FECHA Y HORA:

TECNICO:

EQUIPO KV:
FECHA Y HORA DE EXAMEN:

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

Imp. CASE