ntalación		CAJA DE SEGURO SOCIAL CONSULTA RADIOLOGICA				
Nombre	TOMOG MEDICI			C ORD	INARIO NTITUD HUMA HUMA HUMA HUMA HUMA HUMA HUMA HUMA	
UNIDAD EJECUTORA: NOMBRE: DIRECCIÓN:	ul feel	SERVIC	_EDAD:	SEXO:	CAMA:	
No. S.S.: No. CED.:	1/00 EMBARAZE:			Medicina General	a.)	
NOMBRE DEL MÉDICO:	. Companies.	FIRMA Y CÓDIGO	Lef.	00 5537 · Flag 1606		
HISTORIA CLÍNICA (BREVE RELACIÓN O	tot it Cell	ll -				
DIAGNÓSTICO:	Bumin			NES ANTERIORES:	SI NO	
EXÁMENES SOLICITADOS: (1)	NAINO.	CITA		No. DE EXAMEN:_		
Indique el organo o la región y la clase de examen desegdo y no el método a seguir (2)	Digosa	CITA		_No. DE EXAMEN:_		
(3)		CITA		No. DE EXAMEN:_		
RECEPCIONISTA:						
			FECHA Y HORA DE EXAMEN:			
	BIR EN LETRA IMPRENTA. L				Imp CASES()	