

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: _____ CAMA: _____
NOMBRE: Miguel Giron EDAD: _____ SEXO: F ☐ M ☒

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____ OCUPACIÓN: _____

No. S.S.: _____ No. CED.: 6-83620 EMBARAZO: SI ☐ NO ☒

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ FIRMA Y CÓDIGO: _____
Dr. Daniel Mendoza R.
ORTOPEDA Y TRAUMATOLOGÍA
Cod.: M-381 / Reg.: 3231
Hosp. Dr. Rafael Esteyez

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

Revisión con dolor en la rodilla Izq.

DIAGNÓSTICO: ① Resonancia magnética EXÁMENES ANTERIORES: SI ☐ NO ☐
rodilla Izq.

EXÁMENES SOLICITADOS: Indique el órgano o la región y la clase de examen deseado y no el método a seguir
(1) _____ CITA _____ No. DE EXAMEN: _____
(2) _____ CITA _____ No. DE EXAMEN: _____
(3) _____ 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