

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: 14/2/23

UNIDAD EJECUTORA: Pol. Sh H. Sh. 11: SERVICIO: *Ortopedia* CAMA: _____
NOMBRE: *Jesus Quinteros Reyes* EDAD: *20a* SEXO: F ☐ M ☐

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____ OCUPACIÓN: _____

No. S.S.: _____ No. CED.: *9-761724* EMBARAZO: SI ☐ NO ☐

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ FIRMA Y CÓDIGO: _____

DR. RICARDO CONCEPCIÓN
Ortopedia y Traumatología
C66 44 10 Reg. 3638

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

*Ortopedia y Traumatología por torcedura distal de tibia
y dolor al caer de mi pie.*

DIAGNÓSTICO: *Desr. TVP vs. Desgarro.* EXÁMENES ANTERIORES: SI ☐ NO ☐

EXÁMENES SOLICITADOS: *quiebr. tibia USG de codo y quiebr. Brazo*
Indique el órgano o la región y la clase de examen deseado y no el método a seguir
(1) *Doppler codo a pie* 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 SERÁN DEVUELTAS

Imp. CASESO