

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

☐ ORDINARI
☐ PRONTITL

FECHA: 08/02/23

UNIDAD EJECUTORA: Hospital

NOMBRE: Sotzaida Jaramila

SERVICIO: Ortopedia

CAMA: 428

DIRECCIÓN: _____

EDAD: 67

SEXO: F

No. S.S.: A

No. CED.: 9-83-2552

TELÉFONO: _____

OCCUPACIÓN: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____

FIRMA Y CÓDIGO: _____

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

Refiere Injury. Rodillo @

Artritis de rodilla

DIAGNÓSTICO: Artritis de rodilla

EXÁMENES SOLICITADOS:

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

- (1)
(2)
(3)

Rodillo Rodillo @

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