

Instalación: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
S.S.: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
No. \_\_\_\_\_  
No. \_\_\_\_\_

NO ESCRIBA EN EL RECUADRO

CAJA DE SEGURO SOCIAL  
CONSULTA RADIOLOGICA


Cód. 02-1028-24

☐ RADIOLOGIA  
☐ TOMOGRAFIA COMPUTADA  
☐ MEDICINA NUCLEAR  
☒ ULTRASONIDO

☐ ORDINARIO  
☒ PRONTIUD

FECHA: 28/04/23

UNIDAD EJECUTORA: MC Pedan  
NOMBRE: Gueros Sanchez  
DIRECCION: Santiago  
No. SS.: \_\_\_\_\_ No. CED: 9740-205 EMBARAZO: SI ☐ NO ☐  
SERVICIO: \_\_\_\_\_ CAMA: \_\_\_\_\_  
EDAD: 27a SEXO: F ☒ M ☐  
TELÉFONO: \_\_\_\_\_ OCUPACION: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MEDICO: \_\_\_\_\_ FIRMA Y CODIGO:   
HISTORIA CLINICA (BREVE RELACION DE DATOS RELEVANTES Y PROPOSITO ESPECIFICO): Dr. Aurelio E. Mancilla C.  
Médico General  
9271

Paciente que acude con dolor bajo  
vientre

DIAGNOSTICO: Abs. Eituma Ulcero etc  
EXAMENES ANTERIORES: SI ☐ NO ☐

EXAMENES SOLICITADOS: (1) USG Pelvico  
Indique el organo o la region y la clase de examen. Desempeño y no en número o según  
(2) / /  
(3) / /  
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: \_\_\_\_\_