

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: 15/2/23

UNIDAD EJECUTORA: _____ SERVICIO: _____ CAMA: _____

NOMBRE: María Gacri EDAD: _____ SEXO: F ☐ M ☐

DIRECCIÓN: 482-712 TELÉFONO: _____ OCUPACIÓN: _____

No. S.S.: _____ No. CED.: _____ EMBARAZO: SI ☐ NO ☐

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ FIRMA Y CÓDIGO: _____

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

Dr. Javier González C.
Ortopedia
No. 10398

DIAGNÓSTICO: A/D osteoporosis y osteopenia
Densitometría ósea

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

RECEPCIONISTA: _____ No. DE PLACA _____ EQUIPO _____ KV: _____ Mas: _____

FECHA Y HORA: _____ TÉCNICO: _____ FECHA Y HORA DE EXAMEN: _____