

Instalación _____
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: 10/2/2023

UNIDAD EJECUTORA:

NOMBRE:

DIRECCIÓN:

No. S.S.:

NOMBRE DEL MÉDICO:

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

Desde hace ± 1 año apareció hinchazón en el cuello, que no le impide dormir, pero que el tumor desciende en posición de la piel del cuello del portador. No se palpa (masa) tumorosa. Antecedentes de hipertensión arterial, resultados normales. No se palpa (masa) tumorosa.

Diagnóstico: Desc. patológico de Cuello lateral izquierdo

EXÁMENES SOLICITADOS:

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

(1) CAT de Cuello (contraste)

(2)

(3)

RECEPCIONISTA:

FECHA Y HORA:

No. DE PLACA

TECNICO:

EQUIPO

KV:

Mas:

FECHA Y HORA DE EXAMEN:

EXÁMENES ANTERIORES: SI ☐ NO ☐

N. DE EXAMEN:

N. DE EXAMEN:

N. DE EXAMEN:

SE RUEGA ESCRIBIR EN LETRA IMPRENTA. LAS SOLICITUDES ILEGIBLES SERAN DEVUELTAS

Imp. CASESO