

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: 29/12/22

UNIDAD EJECUTORA: _____

NOMBRE: Reyes Caballero

SERVICIO: Neftrologia

CAMA: _____

EDAD: 62

SEXO: F ☐ M ☒

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

Ocupación: Dr. Francisco Vargas

No. S.S.: _____ No. CED.: 9-108-2349

EMBARAZO: SI ☐ NO ☒

Medicina Interna Nefrologia
Trasplante Renal
Reg. 8354

NOMBRE DEL MÉDICO: _____

FIRMA Y CÓDIGO: _____

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

Paciente con Antecedente de Litiasis Renal
En estudio por hipertensión

DIAGNÓSTICO: 1. Litiasis Renal

2. Hipertensión Arterial
3. Diabetes Mellitus

EXÁMENES ANTERIORES: SI ☐ NO ☐

EXÁMENES SOLICITADOS:

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

(1) Ecografía de abdomen superior
(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: _____

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

Imp. CASESO