

Intalación \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_  
S.S. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
No. \_\_\_\_\_  
No. \_\_\_\_\_

COD. 02-1028-24

CAJA DE SEGURO SOCIAL  
CONSULTA RADIOLOGICA

☐ RADIOLOGIA  
☐ TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA  
☐ MEDICINA NUCLEAR  
☒ ULTRASONIDO  
☐ RESONANCIA MAGNETICA

☐ ORDINARIO  
☐ PRONTITUD

FECHA: \_\_\_\_\_

UNIDAD EJECUTORA: P. H. D. G. SERVICIO: Cirugía Vascular CAMA: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: Josefina Canupción EDAD: 50 SEXO: F ☒ M ☐

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_  
No. S.S.: \_\_\_\_\_ No. CED: 9-128-7887 EMBARAZO: SI ☐ NO ☐

NOMBRE DEL MÉDICO: Dr. Ramos FIRMA Y CÓDIGO: Dr. Rafael H. Ramos  
HISTORIA CLÍNICA (BREVE RELACIÓN DE DATOS RELEVANTES Y PROPÓSITO ESPECÍFICO POR EL CUAL SE SOLICITA EL EXAMEN)

Insuavis de miembros de ambas piernas  
Educa de ambas piernas

DIAGNÓSTICO: Insuavis de miembros de ambas piernas 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) Insuavis de miembros de ambas piernas  
(2) de ambas piernas  
(3) de ambas piernas

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 SERÁN DEVUELTAS

Imp. CASESO