

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: 09 JUN 2022

UNIDAD EJECUTORA: Of. H.D.C. SERVICIO: M. familiares CAMA: _____
NOMBRE: Carmen Jimenez Dominguez EDAD: 78 SEXO: F ☒ M ☐
DIRECCIÓN: La Florida TELÉFONO: _____ OCUPACIÓN: _____
No. S.S.: 7-70-1058 No. CED.: _____ EMBARAZO: SI ☐ NO ☐
NOMBRE DEL MÉDICO: Dra K. Padilla FIRMA Y CÓDIGO: _____

HISTORIA CLÍNICA (BREVE RELACIÓN DE DATOS RELEVANTES Y PROPÓSITO ESPECÍFICO POR EL CUAL SOLICITA EL EXAMEN)
Paciente con APP de HTA y osteopenia, se solicita densitometría ósea (cervical)

DIAGNÓSTICO: - Osteopenia -

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) Densitometría ósea

CITA

No. DE EXAMEN:

(2)

CITA

No. DE EXAMEN:

(3)

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