



Centro Médico y
Odontológico El Coca

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

☒ ORDINARIO
☐ PRONTITUD

NOMBRE: Aracely Arango
DIRECCIÓN: _____
TELÉFONO: _____
No. S.S.: _____
No. CED.: 2-103-581
OCUPACIÓN: _____
EDAD: 57
SEXO: ☒ F ☐ M
FECHA: 26/5/23
EMBARAZO: ☐ SÍ ☐ NO

NOMBRE DEL MÉDICO: _____
HISTORIA CLÍNICA (BREVE RELACIÓN DE DATOS RELEVANTES Y PROPÓSITO ESPECÍFICO POR EL CUAL SOLICITA EL EXAMEN):
Osteoartritis bilateral rodilla
FIRMA Y CÓDIGO: RM
Dr. Alvin E. Robles Binnis
Ortopedia - Traumatología
Reg.: 9992 - Folio: 101

DIAGNÓSTICO: AVN osteoporo / osteopenia
EXÁMENES ANTERIORES: SÍ ☐ NO ☐

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

	(1)	(2)	(3)	CITA	No. DE EXAMEN:
	<u>Distorsión de arco</u>	<u>Calvaria</u>	<u>hombros / pelvis</u>	CITA	No. DE EXAMEN:
				CITA	No. DE EXAMEN:
				EQUIPO	KV:

RECEPCIONISTA: _____
FECHA Y HORA: _____
TECNICO: _____
FEHCA Y HORA DE EXAMEN: _____
MAS: _____

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