

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: 17/1/23

UNIDAD EJECUTORA: Hg Abasco SERVICIO: Cirugía CAMA: _____
NOMBRE: Benito Romero EDAD: 62 SEXO: F ☐ M ☒

DIRECCIÓN: La 3 umbra TELÉFONO: _____ OCUPACIÓN: _____
No. S.S.: _____ No. CED.: 91152017 EMBARAZO: SI ☐ NO ☒

NOMBRE DEL MÉDICO: Dr. Armando F. Arzopurda Navarro FIRMA Y CÓDIGO: _____
HISTORIA CLÍNICA (BREVE RELACIÓN DE DATOS RELEVANTES Y PROPÓSITO ESPECÍFICO POR EL CUAL SOLICITA EL EXAMEN)

10-25mm - Hipertrofia de la próstata
Próstata benigna, hipertrofia de la próstata
Sin ex. sang. -
DIAGNÓSTICO: 1) Obstrucción subaguda de la próstata
2) IC abdominal - 1.5 literos
3) Próstata benigna

EXÁMENES SOLICITADOS: Indique el órgano o la región y la clase de examen deseado y no el método a seguir
(1) IC abdominal - 1.5 literos
(2) Próstata benigna
(3) Próstata benigna

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