

Instalación \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_  
S.S. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
No. \_\_\_\_\_  
No. \_\_\_\_\_

CÓD. 02-1028-24

CAJA DE SEGURO SOCIAL  
CONSULTA RADIOLOGICA

☐ RADIOLOGÍA  
☒ TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA  
☐ MEDICINA NUCLEAR  
☐ ULTRASONIDO  
☐ RESONANCIA MAGNÉTICA

☒ ORDINARIO  
☐ PRONTITUD

FECHA: 26/01/23

UNIDAD EJECUTORA: H G.N.C.R.

SERVICIO: Cirujano. CAMA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: Otilio Martinez Rodriguez

EDAD: 73a SEXO: F ☐ M ☒

DIRECCIÓN: Peronero

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

OCCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

N° S.S.: A/S N° CÉD.: 5-70-998

EMBARAZO: SI ☐ NO ☒

Dr. Egenes I. Sánchez

NOMBRE DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_

FIRMA Y CÓDIGO: CIRUJANO GENERAL

LAPAROSCOPIA

HISTORIA CLÍNICA (BREVE RELACIÓN DE DATOS RELEVANTES Y PROPÓSITO ESPECÍFICO PARA EL EXAMEN)  
HOSP. DR. G.N.C.R.

Historia de 5 años de evolución con episodios de dolor abdominal  
y nivel a epigastrio e HCD, sensación de hinchazón, molestias  
cuando levanto peso. VS a trazo, blanco → trazo epigástrico  
abdomen plano, blando, No se palpan masas o hernias

DIAGNÓSTICO: Dolor abdominal e/c

EXÁMENES ANTERIORES: SI ☐ NO ☐

EXÁMENES SOLICITADOS

(1) CAT abdominal completa. CITA \_\_\_\_\_ N° DE EXAMEN: \_\_\_\_\_  
(2) \_\_\_\_\_ CITA \_\_\_\_\_ N° DE EXAMEN: \_\_\_\_\_  
(3) \_\_\_\_\_ CITA \_\_\_\_\_ N° DE EXAMEN: \_\_\_\_\_

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

RECEPCIONISTA: \_\_\_\_\_ N° DE PLACA \_\_\_\_\_ EQUIPO \_\_\_\_\_ KV: \_\_\_\_\_ Mas: \_\_\_\_\_

FECHA Y HORA: \_\_\_\_\_ TÉCNICO: \_\_\_\_\_ FECHA Y HORA DE EXAMEN: \_\_\_\_\_

Se ruega escribir en letra imprenta. Las solicitudes ilegibles serán devueltas.