

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: 4/1/2023

UNIDAD EJECUTORA: HENCK
NOMBRE: Sheila Inel Pimentel Crespo
DIRECCIÓN: SSB Chile
N° S.S.: _____ N° CÉD.: 657-2025
SERVICIO: Celular
EDAD: 56a SEXO: F ☒ M ☐
TELÉFONO: _____ OCUPACIÓN: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ EMBARAZO: SI ☐ NO ☐
FIRMA Y CÓDIGO: _____

HISTORIA CLÍNICA (BREVE RELACIÓN DE DATOS RELEVANTES Y PROPÓSITO ESPECÍFICO POR EL CUAL SOLICITA EL EXAMEN)

Femenine con Hernia Ventral + Obesidad mórbida, se
solicita Tomografía Abdominal Simple.

DIAGNÓSTICO: Hernia Ventral.
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) TC Abdominal.

(2)

(3)

CITA _____ N° DE EXAMEN: _____
CITA _____ N° DE EXAMEN: _____
CITA _____ N° DE EXAMEN: _____

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.