

Instalación _____
Nombre _____
S.S. _____ Fecha _____
_____ No. _____
_____ No. _____

Nº 25/9/1970
CÓD. 02-1028-24

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

CAJA DE SEGURO SOCIAL
CONSULTA RADIOLÓGICA

☐ ORDINARIO
☐ PRONTITUD

FECHA: 14 MAR 2023

UNIDAD EJECUTORA: Hosp. GNCR
NOMBRE: Gloria E. Maure Atencio
DIRECCIÓN: C. Externa
Nº S.S.: _____ N° CÉD.: 6-71-555 EMBARAZO: SI ☐ NO ☐ TELÉFONO: _____
SERVICIO: Ortopedia
EDAD: 52a SEXO: F ☒ M ☐

Ocupación: *Ortopedista*
OCUPACIÓN: *Ortopedista*
FIRMA Y CÓDIGO: *[Firma]*
R 8026

NOMBRE DEL MÉDICO: Dr. O. Bosquez
HISTORIA CLÍNICA (BREVE RELACIÓN DE DATOS RELEVANTES Y PROPÓSITO ESPECÍFICO POR EL CUAL SOLICITA EL EXAMEN)

Presiente de la mano de examen de dolor activo
en la mano *(I)* en el caso que impide de todo trabajo
DIAGNÓSTICO: *Artrosis del metacarpo radio*
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) *RMN hombro (I)*
(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.