

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: 21/4/2023

UNIDAD EJECUTORA: H-R Dr. RE SERVICIO: Neurologia CAMA: _____
NOMBRE: Fabiola Vergara Acosta EDAD: 52 SEXO: F ☒ M ☐

DIRECCIÓN: Aguedulce TELÉFONO: _____ OCUPACIÓN: _____

No. S.S.: _____ No. CED.: 7-108-261 EMBARAZO: SI ☐ NO ☐

NOMBRE DEL MÉDICO: Dr. Omar Gorden FIRMA Y CÓDIGO: Dr. Omar Gorden

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

DIAGNÓSTICO: *lumbalgia irradiada al miembro inferior derecho* 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) *Neurologia* CITA No. DE EXAMEN: _____
(2) *Neurologia* CITA No. DE EXAMEN: _____
(3) *Columna* CITA No. DE EXAMEN: _____

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