



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: 22/9/22

UNIDAD EJECUTORA: H.E.A.S.

SERVICIO: Medicina Interna

NOMBRE: Concepción

EDAD: 57 SEXO: F ☒ M ☐

DIRECCIÓN: Rodeo Viejo

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

No. S.S.: \_\_\_\_\_ No. CED.: 9-737-769

EMBARAZO: SI ☐ NO ☐

FIRMA Y CÓDIGO: Dr. Marcelo G. Reg. 527 200.5528

NOMBRE DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_

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

Antes HTA. Con lesión focal intraparenquimática frontal que usó  
diagnóstico como lesión focal intraparenquimática frontal  
directa

DIAGNÓSTICO:

Lesión focal intraparenquimática frontal/orbitaria

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) CAT Cerebral simple CITA No. DE EXAMEN: \_\_\_\_\_
- (2) CITA No. DE EXAMEN: \_\_\_\_\_
- (3) CITA No. DE EXAMEN: \_\_\_\_\_

RECEPCIONISTA: \_\_\_\_\_ No. DE PLACA \_\_\_\_\_ EQUIPO \_\_\_\_\_ KV: \_\_\_\_\_ Mas: \_\_\_\_\_

FÉCHA Y HORA: \_\_\_\_\_ TECNICO: \_\_\_\_\_ FECHA Y HORA DE EXAMEN: \_\_\_\_\_

SE RUEGA ESCRIBIR EN LETRA IMPRENTA. LAS SOLICITUDES ILEGIBLES SERAN DEVUELTAS

Imp. CASESO