

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

COD. 02-1026-24

CAJA DE SEGURO SOCIAL
CONSULTA RADIOLOGICA

- ☐ RADIOLOGIA
☒ TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA
☐ MEDICINA NUCLEAR
☐ ULTRASONIDO
☐ RESONANCIA MAGNÉTICA



UNIDAD EJECUTORA: _____ SERVICIO: _____
NOMBRE: Darryl Lopez EDAD: _____
DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____
No. S.S.: _____ No. CED. 9731-1021 EMBARAZO: SI ☐ NO ☐
NOMBRE DEL MÉDICO: Raúl Meléndez FIRMA Y CÓDIGO: _____

HISTORIA CLÍNICA (BREVE RELACIÓN DE DATOS RELEVANTES Y PROPÓSITO ESPECÍFICO POR EL CUAL SOLICITA EL EXAMEN)
Resumen de 33 años sin padecer enfermedad de origen
traumático. Vehículo tipo camioneta y sufrió trauma en
caída y quedó en cama con pérdida de la conciencia
por 15 días.

DIAGNÓSTICO: 1 trauma craneocefálico EXÁMENES ANTERIORES: SI ☐ NO ☐

EXÁMENES SOLICITADOS: (1) CAT cerebral simple CITA _____ No. DE EXAMEN: _____
Indique el órgano o la región y la clase de examen deseado y no el método a seguir (2) _____ CITA _____ No. DE EXAMEN: _____
(3) _____ CITA _____ No. DE EXAMEN: _____

RECEPCIONISTA: _____ No. DE PLACA _____ EQUIPO _____ KV: _____ Mas: _____
FECHA Y HORA: _____ TÉCNICO: _____ FECHA Y HORA DE EXAMEN: _____

SE RUEGA ESCRIBIR EN LETRA IMPRENTA LAS SOLICITUDES Y ESCRIBIR SE RÁN DEVIUPTAS