

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
☐ PRONTIUD

FECHA: 08 JUN 2022

UNIDAD EJECUTORA: *CHDCT*
NOMBRE: *Juanes Almaraez*
DIRECCIÓN: *Nuevo Am Guan*
No. S.S.: *79.1789* No. CED. _____
NOMBRE DEL MÉDICO: *Dr. K. Padilla*

SERVICIO: *M. Familias* CAMA: _____
EDAD: *73* SEXO: ☐ F ☒ M
TELÉFONO: _____ OCUPACIÓN: _____
EMBARAZO: ☐ SI ☐ NO ☐ FIRMA Y CÓDIGO: **Padilla*

HISTORIA CLÍNICA (BREVE RELACIÓN DE DATOS RELEVANTES Y PROPÓSITO ESPECÍFICO POR EL CUAL SOLICITA EL EXAMEN)
*Paciente con APP H70, se pondió los alfileres
que en presenta Rx columna lumbar
datos de disminución de la densidad
ósea*

DIAGNÓSTICO: *Obx Osteoporosis.* 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) *Densitometría ósea* CITA No. DE EXAMEN: _____
(2) CITA No. DE EXAMEN: _____
(3) CITA No. DE EXAMEN: _____

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

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

Imp. CASESO

→ fijación de T12 - L3
→ Fractura cadera derecha.