

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: \_\_\_\_\_

UNIDAD EJECUTORA: \_\_\_\_\_

SERVICIO: NEUROLOGIA

CAMA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: ANINA VALDES SANCHEZ

EDAD: 46 E SEXO: F ☒ M ☐

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

BR. DAVID R. DONDIS C.

No. S.S.: \_\_\_\_\_ No. CED.: 4-701-50 EMBARAZO: SI ☐ NO ☐

NOMBRE DEL MÉDICO: DAVID DONDIS

FIRMA Y CÓDIGO: [Firma]

Neurología - Medicina Interna

Reg.: 4970 Cód.: D-063

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

Paciente con CEFALEA hemisférica derecha persistente. (TCE 19/3/2023)

APP: TCE por caída de 1 cable, con pérdida de conciencia y amnesia  
anterógrada, TAC cerebral → CONTUSIÓN hemorrágica temporal derecha

DIAGNÓSTICO: CONTUSIÓN CEREBRAL temporal derecha  
CEFALÉA POST TRAUMÁTICA.

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) RtM cerebral simple CITA \_\_\_\_\_ No. DE EXAMEN: \_\_\_\_\_  
(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 ILEGIBLES SERÁN DEVUELTAS

Imp. CASESO