

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: 15/23

UNIDAD EJECUTORA: _____ SERVICIO: Hematología CAMA: _____

NOMBRE: Anecso Rivero EDAD: 81 SEXO: F ☐ M ☒

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____ OCUPACIÓN: _____

No. S.S.: _____ No. CED.: 9-69-85 EMBARAZO: SI ☐ NO ☐

NOMBRE DEL MÉDICO: Dr. Alencar FIRMA Y CÓDIGO: Dr. Ernesto R. Alvarado

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

Px mac. de 81 c con
APP: EOLIS en AD.
Cada 2 semanas y debilidad general

DIAGNÓSTICO: - Desecho AD. EXÁMENES ANTERIORES: SI ☐ NO ☐

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

Imp. CASESO