

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: 11 FEB 2023

UNIDAD EJECUTORA: P-H-D-G.

SERVICIO: Med. Familiar

CAMA: _____

NOMBRE: America Garcia

EDAD: 62 SEXO: F ☒ M ☐

DIRECCIÓN: Altos del Sol

TELÉFONO: _____

OCCUPACIÓN: _____

No. S.S.: _____ No. CED.: 4-132-154 EMBARAZO: SI ☐ NO ☐

NOMBRE DEL MÉDICO: D. Ponce

FIRMA Y CÓDIGO: _____

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

PRU-OP.

DIAGNÓSTICO: N/A

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)

CITA

No. DE EXAMEN: _____

(2)

CITA

No. DE EXAMEN: _____

(3)

CITA

No. DE EXAMEN: _____

RECEPCIONISTA: _____

No. DE PLACA _____

EQUIPO _____

KV: _____

Mas: _____

FECHA Y HORA: _____

TECNICO: _____

FECHA Y HORA DE EXAMEN: _____

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

Imp. CASESO