

Relación _____
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: _____

NOMBRE: _____

SERVICIO: *Ex Vascular*

CAMA: _____

EDAD: _____

SEXO: F ☒ M ☐

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

OCCUPACIÓN: _____

No. S.S.: _____

No. CED. *9-7201921*

EMBARAZO: SI ☐ NO ☐

NOMBRE DEL MÉDICO: *Dr. Ramos*

FIRMA Y CÓDIGO: _____

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

Suena el pulso en la pierna

Dr. Rafael A. Ramos
Cirujía Vascular
Reg. 4085 * Cod. R-533
Pol. Horacio Díaz Gómez

DIAGNÓSTICO: _____

Isquemia crónica de la pierna izquierda

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) _____

(2) *USG Doppler Venoso*

(3) _____

CITA _____

No. DE EXAMEN: _____

CITA _____

No. DE EXAMEN: _____

CITA _____

No. DE EXAMEN: _____

RECEPCIONISTA: _____

No. DE PLACA _____

EQUIPO _____

KV: _____

Mas: _____

FECHA Y HORA: _____

TÉCNICO: *bitat*

FECHA Y HORA DE EXAMEN: _____

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

Imp. CASESO