

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: 20/1/2023

UNIDAD EJECUTORA: H. Z. E. SERVICIO: Ortopedia CAMA: _____
NOMBRE: Carmela Guerra EDAD: 45 SEXO: F ☒ M ☐
DIRECCIÓN: 9100-892 TELÉFONO: _____ OCUPACIÓN: _____
No. S.S.: _____ No. CED.: _____ EMBARAZO: SI ☐ NO ☐
NOMBRE DEL MÉDICO: Dr. Marni FIRMA Y CÓDIGO: _____
HISTORIA CLÍNICA (BREVE RELACIÓN DE DATOS RELEVANTES Y PROPÓSITO ESPECÍFICO POR EL CUAL SOLICITA EL EXAMEN)

Densitometría Ósea
Columna

(Dr. Marni)

DIAGNÓSTICO: Osteoporosis Femur EXÁMENES ANTERIORES: SI ☐ NO ☐

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