

18.4.50.00

Intalación \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_  
S.S. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_

COD. 02-1028-24

- ☐ RADIOLOGIA
- ☐ TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA
- ☐ MEDICINA NUCLEAR
- ☐ ULTRASONIDO
- ☐ RESONANCIA MAGNÉTICA

CAJA DE SEGURO SOCIAL  
CONSULTA RADIOLOGICA

☐ ORDINARIO  
☐ PRONTITUD

FECHA: 03/03/23

UNIDAD EJECUTORA: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: GERMAN MORENO HERRERA SERVICIO: Urología  
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: F ☒ M ☒

No. S.S.: \_\_\_\_\_ No. CED. 4-18-1514 EMBARAZO: SI ☐ NO ☐  
NOMBRE DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: Dr. Rafael A. Ross  
Firma y Código: \_\_\_\_\_

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

TR: 60g petra. con diag de AAP 5+5.

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

EXÁMENES SOLICITADOS:

Indique el órgano o la región y la clase de examen deseado y no el método a seguir

- (1) CAT abdominal y
- (2) pelvico con contraste
- (3)

EXÁMENES ANTERIORES: SI ☐ NO ☐

RECEPCIONISTA: \_\_\_\_\_ No. DE PLACA \_\_\_\_\_ EQUIPO \_\_\_\_\_ KV: \_\_\_\_\_ Mas: \_\_\_\_\_  
FECHA Y HORA: \_\_\_\_\_ TECNICO: \_\_\_\_\_ FECHA Y HORA DE EXAMEN: \_\_\_\_\_

SE RUEGA ESCRIBIR EN LETRA IMPRENTA LAS SOLICITUDES Y RECIBIR SEÑAL DE RECIBIDA