

Calificación: _____
Nombre: _____
Fecha: _____
No. _____
No. _____

COD. 02-1028-24

CAJA DE SEGURO SOCIAL
CONSULTA RADIOLOGICA

☐ RADIOLOGIA
☐ TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA
☐ MEDICINA NUCLEAR
☐ ULTRASONIDO
☐ RESONANCIA MAGNETICA

☐ ORDINARIO
☒ PRONTITUD

FECHA: _____

UNIDAD EJECUTORA: *Monte Vento*

SERVICIO: *Radiología*

CAMA: *As*

NOMBRE: *Monte Vento*

EDAD: *21 años*

SEXO: ☒ F ☐ M

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

Ocupación: _____

No. S.S.: *9-105-750*

No. CED: *1012*

EMBARAZO: ☐ SI ☐ NO

Firma y código: *Dra. Montserrat Sánchez*

NOMBRE DEL MÉDICO: *Dra. Montserrat Sánchez*

FIRMA Y CÓDIGO: _____

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

*Paciente de 21 años con antecedente de LES. que ha recibido glucocorticoides
frecuente mente por control de asma. Se desea examen por referencia
de osteíte ósea por inicio de terapia.*

DIAGNÓSTICO: *1) LES.*

2) Osteoporosis por uso de glucocorticoides.

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) Radiografía de ser.
(2)
(3)

CITA _____

No. DE EXAMEN: _____

CITA _____

No. DE EXAMEN: _____

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 SERÁN DEVUELTAS

Imp. CASESO