

Instalación _____
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: 7/3/23

UNIDAD EJECUTORA: D. G. E.
NOMBRE: Bai Prago Linch Abdel Antonio
DIRECCIÓN: _____
No. S.S.: _____ No. CED.: 2771554
EMBARAZO: SI ☐ NO ☒
SERVICIO: Hematología
CAMA: Cext.
EDAD: 8^a SEXO: F ☐ M ☒

OCUPACIÓN:
Firma y Código:
Dr. Antonio Elias Alvarado A.
Hematólogo - Pediatra

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

Asistencia de enfermería, enfermería y
verificación de la vida, vida normal y
de la vida normal, vida normal y
diagnóstico: Enfermería

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) Uso Doppler

CITA

No. DE EXAMEN:

(2) Transeroneal

CITA

No. DE EXAMEN:

(3) Transeroneal

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

6-6-23

8:30 AM.