

# CLINICA VERDUM -

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: 30/12/22

UNIDAD EJECUTORA: *IME*  
 NOMBRE: *Cecilio Polo Lópp*  
 DIRECCIÓN: *Chupampa*  
 No. S.S.: \_\_\_\_\_ No. CED.: *8220-53*

SERVICIO: *Urología* CAMA: \_\_\_\_\_  
 EDAD: *63* SEXO: ☒ F ☐ M ☐

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL MÉDICO: *Dr. Benigno González A.*  
 FIRMAR Y CÓDIGO: *[Signature]*

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

*USF - Erectil - Fértil - Patrón vascular normal*  
*Ex fort c x Biorremon x*  
 DIAGNÓSTICO: *US x MICOLLE Polipoid*

EXÁMENES SOLICITADOS: *USF*  
 Indique el órgano o la región y la clase de examen deseado y no el método a seguir  
 CITA No. DE EXAMEN: \_\_\_\_\_  
 CITA No. DE EXAMEN: \_\_\_\_\_  
 CITA No. DE EXAMEN: \_\_\_\_\_

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