



CENTRO DE SALUD

SOLICITUD DE EXAMEN RADIOLOGICO



UNIDAD EJECUTORA

FECHA 25/01/23

CAMA

☐ ORDINARIO ☒ PRONTITUD

Nombre Completo del Paciente

Maria

1 Nombre

2 Nombre

(Apellido-paterno)

(Apellido-materno)

(Apellido de Casada)

Chavarria

Dirección

Santiago

Dra. Cristina Vallester

Tel.:

Sexo

F

Edad

66

N°

SSA Veraguas

N° Cédula

N-18-827

Ocupación

Médico Referente

C

Funcionario

Servicio

Breve historia, resumen de síntomas

Consulta por sensación de masa en

mama derecha. Con antecedente de reducción mamas hace 3 meses.

Mama der: se palpa masa indurada de 3 cm aprox, en radio 6.

DIAGNOSTICO

Masa mama E/E

Examen Solicitados

(1) <sup>der</sup> USG mamas

N° Examen

Cita

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

(2)

N° Examen

Cita

(3)

N° Examen

Cita

Fecha y Lugar de Exámenes Anteriores

FIRMA

CÓDIGO

Información Complementaria del Examen

Fecha:

Técnico

Hora

Recepcionista

Placas:

Ex 1

Placas:

Ex 2

Placas:

Ex 3

KV

Mas:

KV

Mas:

Equipo:

Nombre

S.S.

Dr.

Fecha:

N° Ex.:

INFORME

SE RUEGA ESCRIBIR A MAQUINA O CON LETRA IMPRENTA

FAVOR DE NO LLENAR ESTE ESPACIO