

Intalación _____
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: 18/7/22

UNIDAD EJECUTORA: _____

NOMBRE: *Alfonso A. Chang*

SERVICIO: *Pediatría*

CAMA: _____

DIRECCIÓN: _____

EDAD: 12

SEXO: ☒ F ☐ M ☐

No. S.S. *9776 400*

No. CED: _____

EMBARAZO: SI ☐ NO ☐

TELÉFONO: _____

OCCUPACIÓN: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: *Dra. Ligia A. Vera Chang*

FIRMA Y CÓDIGO: *Dra. Ligia A. Vera Chang*

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

PA 12011
MC 34
DIAGNÓSTICO: *1) Obstrucción No renal
2) USG hígado
3) y otros*

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)

CITA

No. DE EXAMEN:

(2)

CITA

No. DE EXAMEN:

(3)

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 ILLEGIBLES SERÁN DEVUELTAS