

Instalación _____
Nombre _____
S.S. _____ 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: HGNC SERVICIO: Mediana Intervención CAMA: _____

NOMBRE: Fátima Carrasco EDAD: 730 SEXO: F ☒ M ☐

DIRECCIÓN: CEP: 7-66-751 TELÉFONO: _____ OCUPACIÓN: _____

No. S.S.: _____ No. CED.: _____ EMBARAZO: SI ☐ NO ☐

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ FIRMA Y CÓDIGO: Marta A. Ramírez

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

Paciente con historia de malestar
abdominal post prandial, desvanecimiento y pérdida
del conocimiento de altera. Se solicita y estudio
de imagen.

DIAGNÓSTICO: Dx: 1- Síndrome E/E EXÁMENES ANTERIORES: SI ☐ NO ☐

EXÁMENES SOLICITADOS: (1) ECG cerebral contralateral CITA: _____ NO. DE EXAMEN: _____

(2) _____ CITA: _____ NO. DE EXAMEN: _____

(3) _____ CITA: _____ NO. DE EXAMEN: _____

RECEPCIONISTA: _____ No. DE PLACA: _____ EQUIPO: _____ KV: _____ Mas: _____

FECHA Y HORA: _____ TÉCNICO: _____ FECHA Y HORA DE EXAMEN: _____