Intalación	COD. 02-1028-24 CAJA DE SEGURO SOCIAL CONSULTA RADIOLOGICA
NombreFecha	RADIOLOGIA ORDINARIO
No.	TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA PRONTITUD MEDICINA NUCLEAR
No	ULTRASONIDO FECHA:
	RESONANCIA MAGNÉTICA
UNIDAD EJECUTORA:	SERVICIO:CAMA:
NOMBRE:	EDAD: 44 ASEXO: F M
DIRECCIÓN:	4 706 -30 U TELÉFONO: OCUPACIÓN:
No. S.S.:No CE	
NOMBRE DEL MÉDICO: MONTO	FIRMA Y CÓDIGO:
HISTORIA CLÍNICA (BREVE RELAC	NON DE DATOS RELEVANTES Y PROPÓSITO ESPECÍFICO POR EL CUAL SOLICITA EL ENAMEN)
TEOR	11CH108 105 WIN 3710
+00	Mrd Miller Ross Ross Ross
161	Sold Sold Be
<u> </u>	Co constant
DIAGNÓSTICO: PROPIN	Udly a C/E EXÁMENES ANTERIORES: SI NO
bladitositos.	
EXÁMENES SOLICITADOS:	(1) IS de man de l'andre Examen:
Indíque el organo o la región y la clase de examen deseado y no el método a seguir	OUTA NO DE EVANEAU.
, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	(3) panala, band cita No. DE EXAMEN:
RECEPCIONISTA:	No. DE PLACA EQUIPO KV: Mas:
FECHA Y HORA:	TECNICO:FECHA Y HORA DE EXAMEN:
Intalación	CAJA DE SEGURO SOCIAL
Nombre	CONSULTA RADIOLOGICA RADIOLOGIA ORDINARIO
S.SFecha	TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA (/() PRONTITUD
No	MEDICINA NUCLEAR ULTRASONIDO FECHA: 90-01-2
	RESONANCIA MAGNÉTICA
UNIDAD EJECUTORA:	SERVICIO: 2124 CAMA:
NOMBRE: Challe	= Clister EDAD: (ASEXO: F) M
DIRECCIÓN:	7-706 _ 0 30 TELÉFONO:OCUPACIÓN:
No. S.S.: No. CE	
	FIRMA Y CÓDIGO:
HISTORIA CLÍNICA (BREVE RELAC	
	DE DATOS RELEVANTES Y PROPÓSITO ESPECÍFICO POR EL CUAL SOLICITA EL EXAMEN)
	Dea Milagros Massiel Vasquez
13	Wassiel Vasquez Medicina Gnery
13	Dra Milagros Massiel Vasquez
13	Medicina General Cód. V-574
DIAGNÓSTICO: 1 diagnóstico:	Medicina General Cod. V-574 Cod. V-574 Cuarto de la Johas Pol. M. L. Cod.
DIAGNÓSTICO: Hayr	Medicina General Cod. V-574 Cod. V-574 Cuarto de Unidas Pol. M. H. J. G.
DIAGNÓSTICO: HOLLI EXÁMENES SOLICITADOS:	Medicina General Cod. V-574 Cod. V-574 Cuarto de la Johas Pol. M. L. Cod.
EXÁMENES SOLICITADOS: Indique el organo o la región y la clase de	Medicine de la squez Medicine de la squez Cód. V-574 Cod. V-574
EXÁMENES SOLICITADOS:	Medicine Gner Cód. V-574 Cod. V-5
EXÁMENES SOLICITADOS: Indique el organo o la región y la clase de	Medicine Gner Cód. V-574 Cod. V-5