

Intaiación _____
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: _____

NOMBRE: N. Q. E. Victor D. Torres Q.

SERVICIO: Ortopedia CAMA: _____

DIRECCIÓN: Aguadulce.

EDAD: 14 SEXO: ☒ M ☐ F

No. S.S.: _____ No. CED.: 6-730-365

EMBARAZO: SI ☐ NO ☐

Ocupación: Estudiante
Ortopedista

NOMBRE DEL MÉDICO: _____

FIRMA Y CÓDIGO: _____

Dr. Juvenal Martínez
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGO
C.R.P. 2321

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

Dolor en aspecto medial del codo der. (de lanzar)
que se mantiene o ha recidivado luego de tratarse
con antiinflamatorio

DIAGNÓSTICO: Epicondilitis medial codo Der E/E.

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) RMN de codo Der. 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 ILEGIBLES SERAN DEVUELTAS

Imp. CASESO