

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: 23/1/23

UNIDAD EJECUTORA: _____ SERVICIO: _____ CAMA: _____

NOMBRE: Faustino Ruiz EDAD: 76 SEXO: F ☒ M ☐

DIRECCIÓN: 9 205-636 TELÉFONO: _____ OCUPACIÓN: _____

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

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ FIRMA Y CÓDIGO: _____

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

DIAGNÓSTICO: _____ EXÁMENES ANTERIORES: SI ☐ NO ☐

EXÁMENES SOLICITADOS: (1) longitudo oja CITA _____ No. DE EXAMEN: _____

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

(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