

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: 07 FEB 1993

UNIDAD EJECUTORA: P456

SERVICIO: Ortopedia

CAMA: _____

NOMBRE: Nazario Benitez

EDAD: 50

SEXO: F ☐ M ☒

DIRECCIÓN: San Juan, Barrio Pro-

TELÉFONO: _____

Ocupación: _____

No. S.S.: _____

No. CED.: 9-177-02

EMBARAZO: SI ☐ NO ☐

NOMBRE DEL MÉDICO: R. Concepción

FIRMA Y CÓDIGO: _____

Dr. Ricardo A. Concepción Sánchez
Ortopedia y Traumatología
Reg. 3838-200 C-450

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

Olor externo, rubor y calor en la zona medial y ant del 1/3
1/2 y distal pierna Izq. art. de accidente vehicular en
marzo/93, con exploración to

DIAGNÓSTICO: Otx. cuerpo externo pierna Izq.
se. Atrofia de pierna y tobillo

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)

(2)

(3)

2 m de pierna y tobillo
simple

CITA

CITA

CITA

No. DE EXAMEN:

No. DE EXAMEN:

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