

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: 5/11/21

UNIDAD EJECUTORA: H. D. R. E. SERVICIO: Gine. CAMA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: Velasco, González, Pérez EDAD: 54 SEXO: ☒ F ☐ M

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

No. S.S.: \_\_\_\_\_ No. CED. 6-65-618 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)

Paciente de 54 años con cuadro de dolor pélvico crónico y dolor predominante a nivel de F.I.S. crónica.

DIAGNÓSTICO: Obi x sind. Adh. crónica EXÁMENES ANTERIORES: SI ☐ NO ☐

Susc. Hormia inguinal y crónica

EXÁMENES SOLICITADOS: (1) 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