Instalación CÓD. 02-1028-24 CAJA DE SEGURO SOCIAL CONSULTA RADIOLÓGICA S.S.	Inoteles			
RADIOLOGÍA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA NO. MEDICINA NUCLEAR ULTRASONIDO RESONANCIA MAGNÉTICA SERVICIO: CLAMA: DIRECCIÓN: N° S.S.: N° CÉD.: 57 - 225 EMBARAZO: SI NO HISTORIA CLÍNICA (BREVE RELACIÓN DE DATOS RELEVANTES Y PROPÓSITO ESPECÍFICO POR EL CURE SOUCHA EL EXAMEN) PARAMENES SOLICITADOS (1) C. ADDOMINARIO PRONTITUD PRONTIT		CÓD 02-1029 24	CAJA DE SEGURO	200141
NO. SERVICIO: CAMA: UNIDAD EJECUTORA: DE LA COMPUTARIZADA MEDICINA NUCLEAR ULTRASONIDO RESONANCIA MAGNÉTICA SERVICIO: CAMA: DIRECCIÓN: SENDICIO: SENDIC	0.0		CONSULTA RADIO	SOCIAL LÓGICA
UNIDAD EJECUTORA: WELLOW WILLTASONIDO RESONANCIA MAGNÉTICA UNIDAD EJECUTORA: WELLOW WILLTASONIDO RESONANCIA MAGNÉTICA UNIDAD EJECUTORA: WELLOW WILLTASONIDO RESONANCIA MAGNÉTICA SERVICIO: CAMA: SERVICIO: CAMA: DIRECCIÓN: SEXO: F WILLTASONIDO RESONANCIA MAGNÉTICA OCUPACIÓN: SEXO: F WILLTASONIDO RESONANCIA MAGNÉTICA Nº S.S.: Nº CÉD.: ST. 223 EMBARAZO: SI NO DIRECCIÓN: SEXO: F WILLTASONIDO RESONANCIA MAGNÉTICA Nº S.S.: Nº CÉD.: ST. 223 EMBARAZO: SI NO DIRECCIÓN: SEXO: F WILLTASONIDO RESONANCIA MAGNÉTICA FIRMA Y CÓDIGO: FIRMA Y CÓDIGO		RADIOLOGÍA		
UNIDAD EJECUTORA: CAMA: UNIDAD EJECUTORA: CAMA: NOMBRE: SERVICIO: CLAMA: DIRECCIÓN: SEXO: F ON TELÉFONO: OCUPACIÓN: SEXO: TELÉFONO: OCUPACIÓN: TELÉFONO:		MEDICINA NUC	CMPUTARIZADA	PRONTITUD
NOMBRE: SERVICIO: CAMA:	4	ULTRASONIDO		
NOMBRE: DIRECCIÓN: N° S.S.: N° CÉD.: ST. 2025 EMBARAZO: SI NO CUPACIÓN: HISTORIA CLÍNICA (BREVE RELACIÓN DE DATOS RELEVANTES Y PROPÓSITO ESPECÍFICO POR EL CURTO SOPICITA EL EXAMEN) DIAGNÓSTICO: EXÁMENES ANTERIORES: SI NO EXÁMENES SOLICITADOS Indique el órgano o la región y la clase de examen deseado y no el método a seguir (3) CITA N° DE EXAMEN: ECEPCIONISTA: N° DE PLACA EQUIPO KV: Mas: TÉCNICO:	UNIDAD EJECUTORA: NO (NO	RESONANCIA M	AGNÉTICA	FECHA: PINTER
DIAGNÓSTICO: DIAGNÓSTICO: EXÁMENES SOLICITADOS Indique el órgano o la región y la clase de examen deseado y no el método a seguir (2) CITA Nº DE EXAMEN: SÈXO: F M OCUPACIÓN: FIRMA Y CÓDIGO: EXÁMENES ANTERIORES: SI NO CITA Nº DE EXAMEN: OCUPACIÓN: EXÁMENES ANTERIORES: SI NO CITA Nº DE EXAMEN: ECEPCIONISTA: Nº DE PLACA EQUIPO KV: Mas: CITA Nº DE EXAMEN:		AR RIA	SERVICIO: CROOM	and D care
N° S.S.: N° CÉD.: 6 57 - 7023 EMBARAZO: SI NO OCUPACIÓN: 6 NOMBRE DEL MÉDICO: HISTORIA CLÍNICA (BREVE RELACIÓN DE DATOS RELEVANTES Y PROPÓSITO ESPECÍFICO POR EL CUM SOLICITA EL EXAMEN) PARA Y CÓDIGO: FIRMA	DIRECCIÓN:	Verreulil		29.00
NOMBRE DEL MÉDICO: HISTORIA CLÍNICA (BREVE RELACIÓN DE DATOS RELEVANTES Y PROPÓSITO ESPECÍFICO POR EL COME SQUÍCHA EL EXAMEN) LEMENTAL CON PROPOSITO ESPECÍFICO POR EL COME SQUÍCHA EL EXAMEN) DIAGNÓSTICO: EXÁMENES SOLICITADOS (1) C Abdominal CITA Nº DE EXAMEN: examen deseado y no el método a seguir (2) CITA Nº DE EXAMEN: (3) CITA Nº DE EXAMEN: ECEPCIONISTA: Nº DE PLACA EQUIPO KV: Mas:	N° S.S.:	TELE		
HISTORIA CLÍNICA (BREVE RELACIÓN DE DATOS RELEVANTES Y PROPÓSITO ESPECÍFICO POR EL CUME SOUCHA EL EXAMEN) LE MENTENCIA CON PROPOSITO ESPECÍFICO POR EL CUME SOUCHA EL EXAMEN) LE MENTENCIA CON PROPOSITO ESPECÍFICO POR EL CUME SOUCHA EL EXAMEN) LE MENTENCIA CON PROPOSITO ESPECÍFICO POR EL CUME SOUCHA EL EXAMEN) EXÁMENES ANTERIORES: SI NO EXÁMENES SOLICITADOS (1) C Abdominal CITA Nº DE EXAMEN: EXAMENES SOLICITADOS (2) CITA Nº DE EXAMEN: EXAMENES SOLICITADOS (3) CITA Nº DE EXAMEN: EXAMENES SOLICITADOS (1) C Abdominal CITA Nº DE EXAMEN: EXAMENES SOLICITADOS (1) C ABDOMINAL CITA Nº DE EXAMEN: EXAMENES SOLICITADOS (1) C ABDOM		LE 23 EMBARAZO: SI	NO 7	OPACION:
DIAGNÓSTICO:	HISTORIA CLÍNICA (BREVE PEL ACIÓN DE -	FIRM	MAY CÓDIGO:	MANUAL /
DIAGNÓSTICO:	CONTENT RELACION DE DATO	OS RELEVANTES Y PROPÓSITO	ESPECÍFICO POR FI	San Gent
DIAGNÓSTICO: EXÁMENES ANTERIORES: SI NO EXÁMENES SOLICITADOS (1) C Abdominal CITA Nº DE EXAMEN: examen deseado y no el método a seguir (2) CITA Nº DE EXAMEN: (3) CITA Nº DE EXAMEN: Nº DE EXAMEN: SECEPCIONISTA: Nº DE PLACA EQUIPO KV: Mas:	temening par 110	: 1/ / ^	Dr.	WEICHA EL EXAMEN)
DIAGNÓSTICO:	CO MANNO STONE	1 BIA 1	Uppholod .	na de lande a
DIAGNÓSTICO:	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	ne desodominis	of Balala	wrster, je
EXÁMENES SOLICITADOS (1) C Abdominal CITA N° DE EXAMEN: examen deseado y no el método a seguir (2) CITA N° DE EXAMEN: CITA N° DE EXAMEN: CITA N° DE EXAMEN: CITA N° DE EXAMEN: ECEPCIONISTA: N° DE PLACA EQUIPO KV: Mas:	0 0		(a milling,	
EXÁMENES SOLICITADOS (1) C Abdominal CITA N° DE EXAMEN: examen deseado y no el método a seguir (2) CITA N° DE EXAMEN: CITA N° DE EXAMEN: CITA N° DE EXAMEN: CITA N° DE EXAMEN: ECEPCIONISTA: N° DE PLACA EQUIPO KV: Mas:	DIAGNÓSTICO: 17201010 14	1-0		
EXÁMENES SOLICITADOS (1) TO Abdominal CITA N° DE EXAMEN: CITA N° DE EXAMEN:	LEVINO VEN	tref.	EVÁMENEG	
indique el órgano o la región y la clase de examen deseado y no el método a seguir (2) CITA Nº DE EXAMEN: CITA Nº DE EXAMEN: CITA Nº DE EXAMEN: CITA Nº DE EXAMEN: ECEPCIONISTA: Nº DE PLACA EQUIPO KV: Mas:			EXAMENES A	NTERIORES: SI NO
indique el órgano o la región y la clase de examen deseado y no el método a seguir (2) CITA Nº DE EXAMEN: CITA Nº DE EXAMEN: CITA Nº DE EXAMEN: CITA Nº DE EXAMEN: ECEPCIONISTA: Nº DE PLACA EQUIPO KV: Mas:	XÁMENES SOLICITADOS	1110 - 0		
CITAN° DE EXAMEN: ECEPCIONISTA:N° DE PLACAEQUIPOKV:Mas: ECHA Y HORA:TÉCNICO:	Indique of Assess	spagning.	CITA	-
ECEPCIONISTA:N° DE EXAMEN:N° DE EXAMEN:	asseddo y no ei metodo a seguir		N DI	
ECEPCIONISTA:N° DE PLACAEQUIPOKV:Mas: ECHA Y HORA:TÉCNICO:	(3)		N DE	EXAMEN:
ECHA Y HORA:TÉCNICO:	ECFPCIONISTA.		N° DE	EXAMEN:
ECHA Y HORA:TÉCNICO:	N°	DE PLACAFOUU	20 101	
		CQ0II	OKV:	Mas:
Se ruega escribir en letra imprenta. Las solicitudes ilegibles está		CNICO: FECH	A V.1105	In a
	se ruega escribir en let	ra imprenta. Las solicitudes i	legibles sort	9 4