

Intalación R.H. DF  
Nombre \_\_\_\_\_  
S.S. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
No. \_\_\_\_\_  
No. \_\_\_\_\_

COD. 02-1028-24

☒  
☐  
☐  
☐

RADIOLOGIA  
TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA  
MEDICINA NUCLEAR  
ULTRASONIDO  
RESONANCIA MAGNÉTICA

CLÍNICA NORTE  
CAJA DE SEGURO SOCIAL  
CONSULTA RADIOLOGICA

☐ ORDINARIO  
☐ PRONTITUD

FECHA: 30 ENE 2023

UNIDAD EJECUTORA:

NOMBRE: Gualdo Amor

DIRECCIÓN:

No. S.S.: \_\_\_\_\_ No. CED. 9-83-2134

NOMBRE DEL MÉDICO: Dr. Aguirre

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

Valores numf osei

DIAGNÓSTICO:

A densidad osteopenia/osteoporosis  
hombro izquierdo T12-L1 columna

EXÁMENES SOLICITADOS:

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

- (1) Densitometría  
(2) Densitometría  
(3) \_\_\_\_\_

RECEPCIONISTA:

FECHA Y HORA:

No. DE PLACA

TECNICO:

EQUIPO

KV:

Mas:

FECHA Y HORA DE EXAMEN:

EXÁMENES ANTERIORES: SI ☐ NO ☐

No. DE EXAMEN:

No. DE EXAMEN:

No. DE EXAMEN:

SE RUEGA ESCRIBIR EN LETRA IMPRENTA. LAS SOLICITUDES ILEGIBLES SERÁN DEVUELTAS

Imp. CASESO