

913-0830

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: 12-12-22

UNIDAD EJECUTORA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

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)

♀ en Avenas frías

se solicita DTD a propósito de un caso

6 meses

DIAGNÓSTICO: ① FURUNCULOSIS

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) DENSITOMETRÍA ÓSEA

(2) \_\_\_\_\_

(3) \_\_\_\_\_

CITA \_\_\_\_\_

No. DE EXAMEN: \_\_\_\_\_

CITA \_\_\_\_\_

No. DE EXAMEN: \_\_\_\_\_

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