

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: 10/1/23

UNIDAD EJECUTORA:

SERVICIO:

CAMA:

NOMBRE:

Candida Salazar Rodríguez

EDAD: 81 años

SEXO:

F

M

☐

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

OCCUPACIÓN:

No. S.S.: 187131A. No. CED.: 9-80-159

EMBARAZO: SI

☐

NO

☐

NOMBRE DEL MÉDICO:

FIRMA Y CÓDIGO:

DR. CRISTIAN GARCÍA
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
COD. G 502 REG. 7625

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

F. 81 años G: 8P. 8. Menopausia a los 50 años. Con historia de Sangrado postmenopáusico En USG → utero con gran hematometra de 20 cc. pared heterogénea

DIAGNÓSTICO:

Sangrado Postmenopáusico
Obsx CA de Endometrio

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)

CAT Abdomino-Pelvic
contrastado

CITA

No. DE EXAMEN:

(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