

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: _____

UNIDAD EJECUTORA: Unidad Juvenil Cortés de Ramos SERVICIO: _____ CAMA: _____
NOMBRE: Unidad Juvenil Cortés de Ramos EDAD: _____ SEXO: F ☐ M ☐
DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____ OCUPACIÓN: _____
No. S.S.: _____ No. CED.: E-881343 EMBARAZO: SI ☐ NO ☒
NOMBRE DEL MÉDICO: _____ FIRMA Y CÓDIGO: Dr. Rafael H. Ramos

HISTORIA CLÍNICA (BREVE RELACIÓN DE DATOS RELEVANTES Y PROPÓSITO ESPECÍFICO POR EL CUAL SOLICITA EL EXAMEN)
Sensación de molestia post-prandial en
flanco derecho
Reg. 4085 * Cód. R-533
Pol. Horacio Díaz Gómez

DIAGNÓSTICO: _____ EXÁMENES ANTERIORES: SI ☐ NO ☐

EXÁMENES SOLICITADOS: Ultrasonido, par. ves.
Indique el órgano o la región y la clase de Hígado, vía biliar.
examen deseado y no el método a seguir
(1) _____ 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