

INSTALACION: _____
NOMBRE: _____
S.S. _____ FECHA _____
N° _____
N° _____

COD.02-1028-24

CAJA DE SEGURO SOCIAL
CONSULTA RADIOLOGICA

- ☐ RADIOLOGIA
☐ TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA
☐ MEDICINA NUCLEAR
☒ ULTRASONIDO
☒ RESONANCIA MEGNETICA

☐ ORDINARIO
☒ PRONTITUD

FECHA 8/9/22

UNIDAD EJECUTORA: _____ SERVICIO: _____ CAMA: ☐ ☐

NOMBRE: Idalmis Del Carmen Gonzalez EDAD: 40 SEXO: F M

DIRECCION: _____ TELEFONO: _____ OCUPACION: _____

N° SS: _____ N° CEDULA: 2-710-97 EMBARAZO: SI ☐ NO ☒

NOMBRE DEL MEDICO: Juan Carlos Lozada FIRMA Y CODIGO: Dr. Juan Carlos Lozada

HISTORIA CLINICA (BREVE RELACION DE DATOS RELEVANTES Y PROPOSITO ESPECIFICO POR EL CUAL SOLICITA EL EXAMEN)

Paciente Femenina de 40 años con dolor a nivel lumbar bajo irradiado a miembros inferiores asociado a claudicación y limitación funcional.

DIAGNOSTICO: Discopatía lumbar baja EXAMENES ANTERIORES SI ☐ NO ☐

EXAMENES SOLICITADOS: (1) Resonancia Magnética CITA _____ N° DE EXAMEN _____

(2) lumboscopia CITA _____ N° DE EXAMEN _____

(3) _____ CITA _____ N° DE EXAMEN _____

RECEPCIONISTA: _____ N° DE PLACA _____ EQUIPO: _____ KV: _____ MAS: _____

FECHA Y HORA: _____ TECNICO: _____ FECHA Y HORA DEL EXAMEN: _____

SE RUEGA ESCRIBIR EN LETRA IMPRNETA LAS SOLICITUDES ILEGIBLES SERAN DEVUELTAS