

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: 6-3-23

UNIDAD EJECUTORA: DAIG SERVICIO: Al. Fico CAMA: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: Cristina Flores EDAD: 78 SEXO: F ☒ M ☐  
DIRECCIÓN: 5190 TELÉFONO: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_  
No. S.S.: \_\_\_\_\_ No. CED.: 972-393 EMBARAZO: SI ☐ NO ☐  
NOMBRE DEL MÉDICO: Dra. K. Parilla FIRMA Y CÓDIGO: Klaaen

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

Pl con osteoporosis en tx con Calcio + Vit. D  
ácido alendronico 70mg  
Se solicita Densitometría ósea

DIAGNÓSTICO: Osteoporosis EXÁMENES ANTERIORES: SI ☐ NO ☐

EXÁMENES SOLICITADOS:

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

(1) Densitometría ósea CITA \_\_\_\_\_ No. DE EXAMEN: \_\_\_\_\_  
(2) \_\_\_\_\_ CITA \_\_\_\_\_ No. DE EXAMEN: \_\_\_\_\_  
(3) \_\_\_\_\_ CITA \_\_\_\_\_ No. DE EXAMEN: \_\_\_\_\_

RECEPCIONISTA: \_\_\_\_\_ No. DE PLACA \_\_\_\_\_ EQUIPO \_\_\_\_\_ KV: \_\_\_\_\_ Mas: \_\_\_\_\_  
FECHA Y HORA: \_\_\_\_\_ TÉCNICO: \_\_\_\_\_ FECHA Y HORA DE EXAMEN: \_\_\_\_\_

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

Imp. CASESO