

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: 24-3-23

UNIDAD EJECUTORA: PH-D-6
NOMBRE: Rosa Moreno
DIRECCIÓN: Santa Fe
No. S.S.: 3/14 No. CED: 272-648 EMBARAZO: SI ☐ NO ☐
NOMBRE DEL MÉDICO: _____
FIRMA Y CÓDIGO: _____
Ocupación: Especialista Medicina Familiar
Cód. 1104 Reg. 7210
FODM: D.G. - C.S.S.

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

APPHTM LUP / Tiene antecedentes de Osteoporosis (2016)
- refirió para DMO evaluación

DIAGNÓSTICO: Osteoporosis

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
(2)
(3)

CITA _____ No. DE EXAMEN: _____

CITA _____ No. DE EXAMEN: _____

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 SERÁN DEVUELTAS

Imp. CASESO