

Nombre \_\_\_\_\_  
S. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
No. \_\_\_\_\_  
No. \_\_\_\_\_

001-02-1020-24

CAJA DE SEGURO SOCIAL  
CONSULTA RADIOLOGICA

Ambulatório

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



09/03/23

IDAD EJECUTORA: Felicia Ruiz

OMBRE:

SERVICIO:

RECCIÓN:

EDAD:

S.S.:

No. CED. 9-220-2298

EMBARAZO: SI ☐ NO ☐

TELÉFONO:

OMBRE DEL MÉDICO:

FIRMA Y CÓDIGO:

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

♀ de 58 años de edad quien acude con historial de +/- 2 semanas de evolución de dolor abdominal de predominio en cuadrante inferior izquierdo asociado a H.I. episódico de náusea. No fiebre. No leucocitosis. Hx. presentando cambios en hábitos de defecación en el último mes.

AGNÓSTICO: ① Dolor abdominal (confundido de intestino vs. Hx. colon)

EXÁMENES ANTERIORES: SI ☐ NO ☐

XÁMENES SOLICITADOS:

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

- (1) TC abdomenopelvis contrastado
- (2) \_\_\_\_\_
- (3) \_\_\_\_\_

CITA \_\_\_\_\_ No. DE EXAMEN: \_\_\_\_\_  
CITA \_\_\_\_\_ No. DE EXAMEN: \_\_\_\_\_  
CITA \_\_\_\_\_ No. DE EXAMEN: \_\_\_\_\_

ECEPCIÓNISTA:

No. DE PLACA \_\_\_\_\_

EQUIPO \_\_\_\_\_

KV: \_\_\_\_\_

Mas: \_\_\_\_\_

FECHA Y HORA:

TECNICO: \_\_\_\_\_

FECHA Y HORA DE EXAMEN: \_\_\_\_\_

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

Dr. Saul Torres D.  
Emergenciólogo  
Cód.: T-113 Reg.: 7298