

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: 10/2/23

UNIDAD EJECUTORA: S.C.P. Bot. H. D. G. SERVICIO: _____ CAMA: _____

NOMBRE: S. C. P. Bot. H. D. G. EDAD: 55 SEXO: F ☒ M ☐

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____ OCUPACIÓN: _____

No. S.S.: _____ No. CED.: 9102 EMBARAZO: SI ☐ NO ☒ Dr. Marvin Torres

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ FIRMA Y CÓDIGO: Medicina General

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

Paciente con H. D. G. I 2 m/ta adimplen
múltiple en cuello.

DIAGNÓSTICO: (1) Descentra Lateral a Tiroidea 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) USG de Tiroidea y Cuello 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