

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:

UNIDAD EJECUTORA:

NOMBRE:

SERVICIO:

CAMA:

DIRECCIÓN:

EDAD: 73

SEXO: F ☒ M ☐

No. S.S.: 970-134

No. CED.:

EMBARAZO: SI ☐ NO ☐

Ocupación:

NOMBRE DEL MÉDICO:

FIRMA Y CÓDIGO:

Dr. Adrian Miranda D'Ettore

Médico General

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

Pol Dr Horacio Diaz Gómez

DIAGNÓSTICO: (1) 0 seg 2000

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)

(2)

(3)

CITA

No. DE EXAMEN:

CITA

No. DE EXAMEN:

CITA

No. DE EXAMEN:

RECEPCIONISTA:

No. DE PLACA

EQUIPO

KV:

Mas:

FECHA Y HORA:

TECNICO:

FECHA Y HORA DE EXAMEN:

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

Imp. CASESO