

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: 1/2/23

UNIDAD EJECUTORA: _____

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

No. S.S.: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____

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

SERVICIO: _____

Dr. Marcelo Sianca G.

Medicina Interna

ED 5528 Reg. 3027

Hosp. Ezequiel Amador de Sará

CAMA: _____

F ☐ M ☒

TELÉFONO: _____

No. CED.: 9.77-22 EMBARAZO: SI ☐ NO ☐

FIRMA Y CÓDIGO: _____

SIN ANTERIO. DISPARSIA DE 2 MASAS / PANCREA / 197 PESOS
SEG. NORMAL - USG-ABDOMINAL / PANC. NEO DE
CABEZA PANCREAS -

DIAGNÓSTICO: _____

OBSC NEO CABEZA PANCREAS

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)

CAT ABDOMIN PANC. CONTRASTADO

CITA

CITA

CITA

No. DE EXAMEN:

No. DE EXAMEN:

No. DE EXAMEN:

RÉCEPCIONISTA: _____

No. DE PLACA _____

EQUIPO _____

KV: _____

Mas: _____

FECHA Y HORA: _____

TECNICO: _____

FECHA Y HORA DE EXAMEN: _____

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

Imp. CASESO