

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

COD. 02-1028-24

☐ RADIOLOGIA  
☐ TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA  
☐ MEDICINA NUCLEAR  
☒ ULTRASONIDO  
☐ RESONANCIA MAGNETICA

CAJA DE SEGURO SOCIAL  
CONSULTA RADIOLOGICA

☒ ORDINARIO  
☐ PRONTIUD

FECHA: 7-VII-77

UNIDAD EJECUTORA: CHM Cruz  
Nombre: A. Maga 9-147-180

SERVICIO: MUYO

CAMA: \_\_\_\_\_  
SEXO: F ☐ M ☐

EDAD: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: Dr. Ricardo Bermúdez

No. S.S.: \_\_\_\_\_ EMBARAZO: SI ☐ NO ☐ FIRMA Y CÓDIGO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_

HISTORIA CLÍNICA (BREVE RELACIÓN DE DATOS RELEVANTES Y PROPOSITO ESPECÍFICO POR EL CUAL SOLICITA EXAMEN) 762  
Complejo Hosp. Dr. A.A.M.

2 con curio x curio y mionom  
en dolor intenso a mano superior HQ

DIAGNÓSTICO: 2 Diagnóstico

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) MRI curio x curio CITA

(2) simple CITA

(3) CITA

Nº. DE EXAMEN:

Nº. DE EXAMEN:

Nº. DE EXAMEN:

RECEPCIONISTA: \_\_\_\_\_

No. DE PLACA

KV:

Mas:

FECHA Y HORA: \_\_\_\_\_ TECNICO: \_\_\_\_\_

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

Imp. CASESO