

Instalación _____
Nombre _____
S.S. _____ Fecha _____
No. _____
No. _____

C.F.O. 03

COD. 02-1028-24

CAJA DE SEGURO SOCIAL
CONSULTA RADIOLOGICA

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

☐ ORDINARIO
☒ PRONTITUD

FECHA: 11/01/23

UNIDAD EJECUTORA: _____

NOMBRE: Heranda Dils Coballus

DIRECCIÓN: _____

No. S.S.: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: Dr. Abadín

No. CED. 8306-430

EMBARAZO: SI ☐ NO ☐

FIRMA Y CÓDIGO: _____

SERVICIO: Med. Interna CAMA: _____

EDAD: 53 SEXO: SF ☒ M ☐

Ocupación: _____

Dr. Brian
MEDICINA INTERNA
Reg. N° 10855

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

Se trata de un Sr de 53 años con APP de Sal. no hipertensivo y colesterol E/E, quien se le realizó TC de cráneo en el 20-11-22 que demostró masa quística de 1.2 x 0.9 cm en el ventrículo izquierdo. Donde se recomienda RMN control.

DIAGNÓSTICO: 1. Masa ventricular E/E

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) RMN de cráneo
(2) con contraste
(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




PACIENTE: DIAL CABALLERO LORANDA DIANE
CEDULA: 8-308-430
FECHA NACIMIENTO: 15/03/1969
EDAD: 53 Años

SEXO: Femenino
FECHA DE IMPRESION: 31/01/2023 12:12 PM
MÉDICO:

QUIMICA

Prueba	Resultado	Unidad	Valor de Referencia
CREATININA	0.60	mg/dL	0.52 - 1.04


Lic. Jose E. Velasquez R.
TECNOLOGO MEDICO
REG. 1855
LIC. JOSE VELASQUEZ