

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: 20-IX-22

UNIDAD EJECUTORA: G. H. M.

SERVICIO: New C

CAMA: Amb

NOMBRE: Abdul Arteso

EDAD: 62 SEXO: F ☐ M ☒

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

No. S.S.: _____ No. CED. 7-93-1576 EMBARAZO: SI ☐ NO ☐

DR. VICTOR J. JIMÉNEZ

NOMBRE DEL MÉDICO: _____

FIRMA Y CÓDIGO: COD. 1137 - REG. 1462

HISTORIA CLÍNICA (BREVE RELACIÓN DE DATOS RELEVANTES Y PROPÓSITO ESPECÍFICO DEL EXAMEN)

Ref OP de EPL Defecto (Int L4/L5).
Con dolor Post-op. de la Cauda Equina
EPL L4/L5

DIAGNÓSTICO: EPL L4/L5

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 L4/L5 dp
- (2) Col. Lumb.
- (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