

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

COD. 02-1028-24

CAJA DE SEGURO SOCIAL
CONSULTA RADIOLOGICA

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

☒ ORDINARIO
☐ PRONTITUD

FECHA: 23/2/22

UNIDAD EJECUTORA: Del Dr. Horacio Díaz Gómez SERVICIO: Medicina Interna CAMA: _____
NOMBRE: Heronda Velásquez EDAD: 75 SEXO: F ☒ M ☐
DIRECCIÓN: Alb. de San Feo. TELÉFONO: _____ OCUPACIÓN: Álvarez
No. S.S.: _____ No. CED. 6-35-89 EMBARAZO: SI ☐ NO ☐ Dr. Manuel Enrique Álvarez
NOMBRE DEL MÉDICO: Dr. Manuel Álvarez FIRMA Y CÓDIGO: Reg. 9640
HISTORIA CLÍNICA (BREVE RELACION DE DATOS RELEVANTES Y PROPÓSITO ESPECÍFICO POR EL CUAL SOLICITA EL EXAMEN)

Control.

DIAGNÓSTICO: ① Osteoporosis EXÁMENES ANTERIORES: SI ☐ NO ☐

EXÁMENES SOLICITADOS: (1) T- Score CITA _____ No. DE EXAMEN: _____
Indique el órgano o la región y la clase de (2) Densitometría ósea CITA _____ No. DE EXAMEN: _____
examen deseado y no el método a seguir (3) _____ CITA _____ No. DE EXAMEN: _____

RECEPCIONISTA: _____ No. DE PLACA _____ EQUIPO _____ KV: _____ Mas: _____
FECHA Y HORA: _____ TÉCNICO: _____ FECHA Y HORA DE EXAMEN _____

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

Imp. CASESO