

Intalación: _____
Nombre: _____
S.S: _____ FECHA: _____
N° _____
N° _____

COD. 02-108-24

CAJA DE SEGURO SOCIAL

CONSULTA RADIOLOGICA

☐
☐
☐
☐
☐

RADIOLOGIA

TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA

MEDICINA NUCLEAR

ULTRASONIDO

RESONANCIA MAGNETICA

☐

ORDINARIO

PRONTITUD

FECHA: 23/11/20

UNIDAD EJECUTORA

NOMBRE: MARITZA RODRIGUEZ

DIRECCION: 2-97-1608

N° S.S: _____ N° CED: 2-96-1608

NOMBRE DEL MEDICO: Dra MARIN / PORTOUS

TELEFONO: _____

EDAD: 96a

EMBARAZO: _____

FIRMA Y CODIGO: _____

SERVICIO: ORTOPEDIA

SEXO: F ☐ M ☐

Ocupacion

SI ☐ NO ☐

CAMA: _____

HISTORIA CLINICA (BREVE RELACION DE DATOS RELEVANTES Y PROPOSITO ESPECIFICO POR EL CUAL SOLICITA EL EXAMEN)

Paciente femenina 96a, em APP de Asma. Que curso con historia de fractura meninges paraba lateral. Dx. Fractura de mesa tibial. El desea hacer estudio para descartar osteoporosis

DIAGNOSTICO: ① Fr. de mesa tibial ② Asma

EXAMENES ANTERIORES

SI ☐ NO ☐

EXAMENES SOLICITADOS:

(1) densitometria Osea

N° DE EXAMEN: _____

Indique el organo o la region y la clase de examen deseado

(2) _____

N° DE EXAMEN: _____

y no el metodo a seguir

(3) _____

N° DE EXAMEN: _____

RECEPCIONISTA: _____

N° DE LA PLACA _____

EQUIPO _____

KV: _____

MES: _____

FECHA Y HORA _____

TECNICO: _____

FECHA Y HORA DEL EXAMEN: _____

SE RUEGA ESCRIBIR EN LETRA IMPRENTA LAS SOLICITUDES ILEGIBLES SERAN DEBUeltas

Imp:CASESO