

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

COD. 02-1028-24

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

CAJA DE SEGURO SOCIAL  
CONSULTA RADIOLOGICA



UNIDAD EJECUTORA: \_\_\_\_\_

SERVICIO: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

*Emelinda Armelty*

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

*70*

SEXO: \_\_\_\_\_

☐ F ☐ M ☐

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

No. S.S.: \_\_\_\_\_

No. CED. \_\_\_\_\_

*9-96-572*

EMBARAZO: SI ☐ NO ☐

FIRMA Y CÓDIGO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_

CÓDIGO: \_\_\_\_\_

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

*Se trata de una mujer de 70 años de edad que refiere dolor en la pierna izquierda de varias horas de evolución.*

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

*Obstrucción venosa profunda*

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) \_\_\_\_\_

*Ecografía de Doppler*

CITA: \_\_\_\_\_

No. DE EXAMEN: \_\_\_\_\_

(2) \_\_\_\_\_

*pierna izquierda*

CITA: \_\_\_\_\_

No. DE EXAMEN: \_\_\_\_\_

(3) \_\_\_\_\_

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 SERÁN DEVUELTAS

Imp. CASES