



## PACIENTE

Apellido y Nombres:

Anziano Silvia edith

Edad: 64

Teléfono: 266472100

DNI: 13721296

Domicilio: B° 147 Viv. Mza 351 C 32

## PROCEDENCIA HOSPITAL

☐ C. Periférico☒ Hospital Provincial☐ Otro: .....

## TRANSPORTE DEL ENFERMO

☒ Medios propios☐ Silla de ruedas☐ Cama☐ Ambulancia☐ Oxígeno☐ Otro: .....

## RESUMEN CLÍNICO ENFERMEDAD ACTUAL (HALLAZGO POSITIVO)

Cefalea holocraneal con ondas vertiginosas  
no habituales de la pte

## EXAMENES DE IMÁGENES PREVIAS REALIZADOS (HALLAZGO POSITIVO)

No

SOSPECHA DIAGNÓSTICA = Cefalea coronaria / ACV. 8-5-78

## EXPLORACIÓN SOLICITADA

☐ RM☒ TC

Especifique Estudio: TAC cerebral

☒ Sin Contraste☐ Con Contraste Oral☐ Con Contraste Endovenoso

## CARÁCTER DE LA PETICIÓN

☐ Normal (hasta 30 días)☐ Preferente (de 7 a 15 días)☒ Urgente (de 1 a 3 días)

Fundamente: .....

## ANTECEDENTES DEL PACIENTE PARA ESTUDIO (TILDE EN CASO POSITIVO Y ESPECIFIQUE)

☐ Posee enfermedad o antecedentes de insuficiencia renal☐ Posee antecedentes de reacciones alérgicas: ☐ Drogas☐ Material Contraste

Otros: .....

☐ Posee enfermedad tipo asma☐ Posee enfermedad cardíaca o coronaria☐ Posee enfermedad tiroidea☐ Posee otras enfermedades. Especifique: .....☐ Posee sospecha de embarazo

Observaciones: .....

## COMPLETAR SOLO PARA RM:

Posee alguno de los siguientes objetos:

|                     |                       |                   |
|---------------------|-----------------------|-------------------|
| Marca-paso cardíaco | Prótesis              | Clips cerebrales  |
| Ortodoncia          | Implantes Ortopédicos | Bomba de insulina |

Si posee Prótesis, indique la parte del cuerpo y tiempo desde que la tiene: .....

☐ Sufre de claustrofobia☐ Posee Cirugías. Especifique: .....

## TALÓN DE RECEPCIÓN SERVICIO

Fecha: 11/12/23

Licenciado:

fec.  
172sec.  
250

R-1605

Firma:

Orellano Andrea  
Médica  
M.P. 10894