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: 06 FEB 2025

UNIDAD EJECUTORA: Gladis Parra SERVICIO: Ortopedia CAMA: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: F ☒ M ☐

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____ OCUPACIÓN: _____

No. S.S.: _____ No. CED.: E-8-144529 EMBARAZO: SI ☐ NO ☐

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ FIRMA Y CÓDIGO: _____

DRA. LINDA E. ROZA I.
Ortopeda y Traumatóloga
Reg. 7605
Cód. B-305
C.S.S. - Manuel F. Quintero

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

Cervicalgia crónica, irradiado a MSD asociado a parestesias, Hipoestesia Dedos

DIAGNÓSTICO: Cervicalgia Der - Desc. Discogeno EXÁMENES ANTERIORES: SI ☐ NO ☐

EXÁMENES SOLICITADOS: (Indique el organo o la región y la clase de examen deseado y no el método a seguir)

(1) RMN simple Columna CITA _____ No. DE EXAMEN: _____
(2) Cervical 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 SERAN DEVUELTAS

Imp. CASESO

CEDIMA SAS
NIT: 900295071-3
Cod. Prestador salud: 760010750102
CARRERA 46 # 25B - 88, Cali, Valle del Cauca, CO
5249898
Régimen Ordinario

CUFE: 243a2e2c7dcff2b5972a514b448daa1c5
2686985bb964aba74b2fb997bbeb4e2e31ac75
1bb5f6345568c83c233b780a5f

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA N°. FRX5412

Fecha Factura: 07/05/2025 11:44:00
Moneda: COP
Forma de pago: Contado
Medio de pago: Transferencia Crédito

Cliente: GLADIS MARIBEL PARRA GONZALEZ
CC : 29817232 -5
CL 26A - 19 BORDO CAUCA, Cali, Valle del Cauca, CO
Tel: 3136571118
Régimen Ordinario

N°	Cant	Descripción	IVA	Subtotal
1	1,00	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE	0,00 %	$ 400.000,00

Subtotal: $ 400.000,00
Descuento: $ 0,00
IVA: $ 0,00
TOTAL: $ 400.000,00

Numeración autorizada del FRX1 al FRX200000 resolución DIAN #18764087203932 del 2025-01-15 hasta 2027-01-15.

Observación:
RECUERDE VERIFICAR LA INFORMACIÓN EN SU FACTURA - GRACIAS POR UTILIZAR NUESTROS SERVICIOS
RECUERDE VERIFICAR LA INFORMACIÓN EN SU FACTURA - GRACIAS POR UTILIZAR NUESTROS SERVICIOS

Software MANAGERCLINICO900372286