



Office Use Only  
MRN \_\_\_\_\_

MRI / CT HISTORIA DEL PACIENTE

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Por favor explique los síntomas que tiene relacionando con esta visita (dolor, náusea etc.): \_\_\_\_\_

Por cuánto tiempo a tenido estos síntomas? \_\_\_\_\_

Tiene historia personal del cáncer? \_\_\_\_\_

Usted a tenido otros exámenes relacionado con este problema? (Radiografías etc.)  
\_\_\_\_\_

Usted a tenido una cirugía antes? Por cual razón? : \_\_\_\_\_

Que medicamentos esta tomando y por cual razón?: \_\_\_\_\_

Es alérgico a alguna medicina? No  Sí

Por favor Lista: \_\_\_\_\_

Damas:  
Hay posibilidad que usted esta embarazada? No  Sí

Utilice por favor el diagrama a la derecha para demostrar donde usted piensa que es su problema o donde usted tiene dolor:

Comentarios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

