



**RHODE ISLAND
MEDICAL IMAGING**

Nombre del paciente: _____

Fecha de nac.: _____

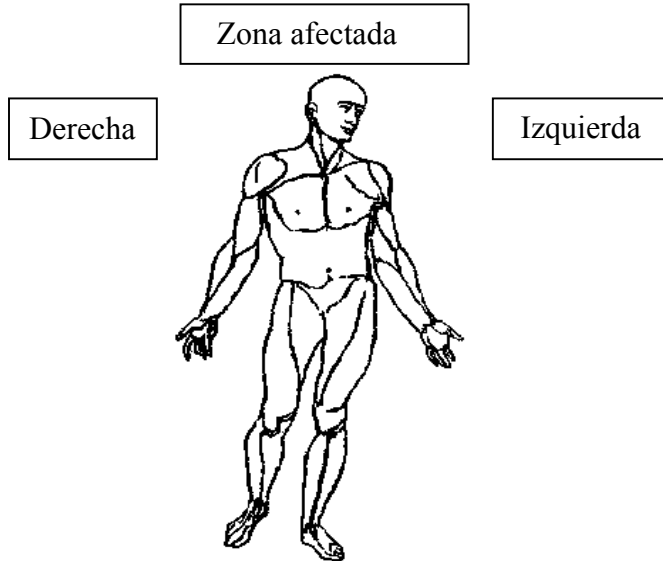
Historia clínica: _____

Confirmó el nombre v la fecha de nac. del paciente?

Hoja de antecedentes clínicos del paciente para TC y RM

Fecha: _____

Marque las zonas de dolor o problema en el diagrama.
(puede elegir más de una)



Marque con un círculo las zonas afectadas.

Cabeza: Cerebro Ojos Oídos Hipófisis

Columna vertebral: Cuello Parte superior de la espalda Parte inferior de la espalda

Pecho: Pulmones Corazón

Abdomen: Hígado Páncreas Riñones

Pelvis: Útero Ovarios Próstata

Estudio ortopédico:

Hombro Codo Muñeca Mano
Cadera Rodilla Tobillo Pie

Vasos sanguíneos:

Cabeza Cuello Pecho Abdomen Extremidades

Responda las preguntas a continuación de la mejor manera que pueda. Tienen por objeto ayudar a nuestros radiólogos cuando revisen su estudio.

Explique sus síntomas: _____

¿Cuándo/cómo se produjo este problema? _____

¿Alguna vez se le realizó una cirugía en la zona que se le examinará hoy? () Sí () No

En caso afirmativo, ¿qué tipo de cirugía y cuándo se realizó? _____

¿Tiene antecedentes de algún tipo de cáncer? () Sí () No

En caso afirmativo, ¿qué tipo de cáncer? _____

¿Cuándo y qué tratamiento recibió? _____

¿Alguna vez le realizaron una tomografía computarizada (TC) o una resonancia magnética (RM) de esta zona?

() Sí () No

En caso afirmativo, ¿cuándo se realizó la TC o la RM? _____

¿Dónde se realizó el examen? _____

Para pacientes mujeres: ¿está embarazada, posiblemente embarazada o amamantando? _____

Si le realizarán una TC hoy, responda las siguientes preguntas.

Consumo de cigarrillos: jamás fumó sigue fumando dejó de fumar: hace cuánto tiempo _____

Si fumaba, ¿cuántos paquetes por día? _____ ¿Durante cuánto tiempo? _____