



Historia Medica

Nombre de paciente: _____ Fecha del Nacimiento: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Peso: _____ Altura: _____

Médico que referio: _____ Fecha de proxima cita: _____

¿Claustrofóbica (o)? Si _____ No _____ ¿Enbarasada? Si _____ No _____ No segura _____

Alergias: _____

Por favor describa brevemente su queja principal, los síntomas, y cualquier cirugía en el área que va a ser revisado _____

Tiene dolor? Si ___ No ___ ¿Dónde? _____ Por cuanto tiempo? _____

¿Ha tenido una herida, trauma, o accidentes de auto? Si ___ No ___ Fecha de la herida: _____

Tipo de herida: _____

Escriba todas las cirugías previas (las ubicaciones y las fechas): _____

¿Usted fuma o a fumado? Si _____ No _____ ¿Cuántos años? _____

¿Ha tenido cáncer? Si _____ No _____ ¿Qué tipo? _____

¿Ha tenido quimioterapia? Si _____ No _____ ¿Para que y cuándo? _____

¿Ha tenido terapia de radiación? Si ___ No ___ ¿Para que y cuándo? _____

¿Es usted diabético? Si _____ No _____ ¿Toma usted glucophage/metformin? Si _____ No _____

¿Tiene usted otras condiciones o enfermedades médicas? Si ___ No ___ Si sí, explica por favor: _____

Escriba brevemente todos los estudios previos de x-ray, MRI, CT, etc, que relacionan al examen de hoy y la fecha: _____

¿Cómo oyó acerca de Palms Imaging Center? _____

Por favor denos su opinion sobre su visita del dia de hoy

antes de salir de la oficina.

Gracias para su apoyo.