

Diagnostic Outpatient Imaging History Form

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Altura: _____ Peso: _____

Medico Referente: _____ Dependencia quimica? Si___ No___ Dependencia de alcohol? Si___ No___

Uso de tabaco(# de anos)_____ Transfucion de sangre previas? Si___ No___ Esta embarazada? Si___ No___

Numero de hijos? _____ Ultima regla _____ Amamantamiento? Si___ No___

Alguna vez ha tenido una Resonancia Magnética? Si___ No___ Lugar? _____

Alguna vez ha tenido una Tomografía? Si___ No___ Lugar? _____

Alguna vez ha tenido un Sonograma o Ultrasonido? Si___ No___ Lugar? _____

Tiene un Marcapaso? Si___ No___ **Tiene un Clip de Aneurisma Cerebral?** Yes___ No___**Cirujias**

___ Vesicula	___ Apendectomía	___ Histerectomía	___ Cerebro
___ Ligamento de Trompas	___ Reparación de Aneurisma (Aorta)	___ Espina Cervical	___ Ovarios
___ Próstata	___ Nasal	___ Reparación de Hernia	___ Espina Lumbar
___ Otras Cirujias:	_____		

Alergias de Medicamentos:

___ Gadolinium ___ Yodo ___ Sulfuros ___ Penicilina ___ Otro: _____

Condiciones (solo marque todo lo que sea pertinente)

___ Condicion de Tiroides	___ Condicion Cardiaca	___ Colesterol Alto	___ Tubo del oido interno
___ Condicion Renal	___ Mononucleosis	___ Dentadura Postiza	___ Implante Coclear
___ Apnea del Sueno	___ Esclerosis Multiple	___ Implante Ocular	___ Porta Cath
___ Epilepsia	___ Pulmonia	___ Aparato de Oido	___ Marcapasos Cerebral
___ Gota	___ Ulceras	___ Estimulador De Nervio	___ Stent Oculares
___ Enfisema	___ Dialysis	___ Tuerca Vara o Placa Ortopedica	___ Implante de pene
___ Bronquitis	___ Hernia	___ Delineado Permanente	___ Estimulador de vejiga
___ Anemia	___ Sida (VIH)	___ Dispositivo Intrauterino	___ Parche de medicamentos
___ Tuberculosis	___ Asma	___ Pompa de Insulina	___ Parche de dolor
___ Condicion Hepatica	___ Diabetes (Insulina)	___ Bala o Metal	___ Parche de nitroglicerina
___ Alta Precision	___ Diabetes (Metformin)	___ Filtro de Vena Cava	___ Parche de nicotina
___ Embolio	___ Appendicitis	___ Valvula del Corazon	___ Parche anticonceptivo
___ Rellenos Dentales	___ Condicion Sanguinea	___ Expansor de tejido seno	Otro, por favor especifique:
___ Cancer (Especifique):	___ Coto	___ Clip de biopsia de seno	_____
_____	___ Hepatitis	___ Monitor cardiaco	_____

Han estado sus ojos expuestos a fragmentos de metal? Si___ No___

Tiene algún dispositivo implantado en su cuerpo? Si___ No___

Tiene usted extremidades artificiales/prótesis en su cuerpo? Si___ No___

Razón del examen hoy/síntomas: _____

****Debido a la fuerza de el campo magnético, los siguientes artículos están prohibidos dentro y cerca de el Cuarto de Resonancia: Armas de fuego, Navajas, herramientas metálicas.**

Yo verifico que toda la información es preciso a mi conocimiento: _____

Firma del Paciente*TECNICO SOLAMENTE:**

Oral sedation given: Xanax/Chloral Hydrate Time given _____ Dosage: _____

Reaction: _____

