

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Responda a estas preguntas acerca de sus antecedentes médicos

	Sí	No	N/A
¿Está usted embarazada?			
¿Se la ha practicado una histerectomía?			
¿Está usted intentando quedar embarazada o hay alguna posibilidad de que usted esté embarazada?			
Fecha del último período de menstruación / / o N/A			

¿Por qué se está practicando esta IRM? Indique los síntomas por los cuales se realiza esta tomografía. (Ejemplo: dolores de cabeza, convulsiones, dolores).

¿Alguna vez ha padecido cáncer? Sí No ¿Padece cáncer? Sí No
De ser así, ¿qué tipo y se expandió a otras áreas?

¿Ha sufrido alguna vez una lesión en el área que se está explorando? Sí No
De ser así, ¿qué sucedió y cuando?

¿Alguna vez le han realizado alguna cirugía en el área que se está explorando? Sí No
De ser así, ¿de qué tipo y cuándo?

¿Tiene algún otro trastorno médico que debemos conocer, como presión arterial alta o diabetes?

Indique en el diagrama de abajo el lado del cuerpo donde experimentó los síntomas.

