



**RHODE ISLAND  
MEDICAL IMAGING**

Nombre del paciente:

Fecha de nac.:

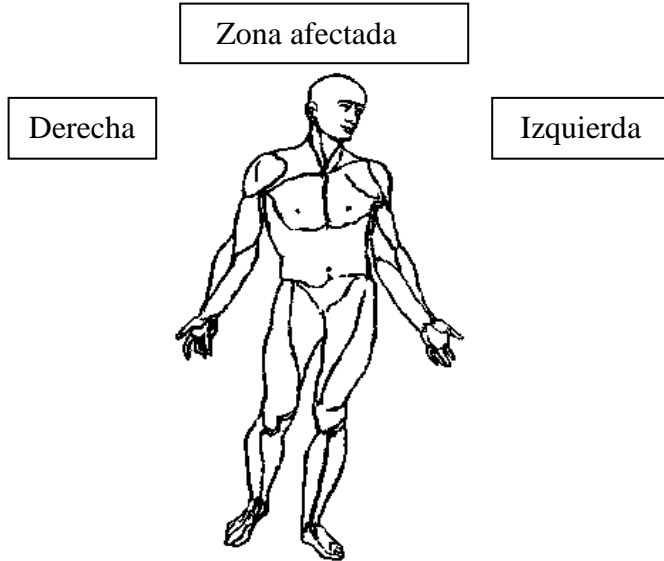
Historia clínica:

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? \_\_\_\_\_