

DIAGNOSTICO MEXICO AMERICANO

Llena el siguiente formulario con letra de molde si tienes alguna duda consulta con el medico o técnico radiólogo que te atenderá, por favor solo conteste únicamente aquellas cuestiones que aplican a su caso o de las cuales tenga conocimiento.

Nombre (s) apellidos edad

Teléfono lada fijo móvil fecha

Su medico tratante le explico y le hizo saber información respecto del estudio que le realizaran? sabe si ud. es alérgico algún medicamento ? cual

Últimamente ha sentido dolor o malestar constante en :

muscular ?	<input type="checkbox"/>	Pecho ?	<input type="checkbox"/>	Brazo derecho ?	<input type="checkbox"/>
cabeza ?	<input type="checkbox"/>	Pierna derecha ?	<input type="checkbox"/>	Brazo izquierdo ?	<input type="checkbox"/>
cuello ?	<input type="checkbox"/>	Pierna izquierda ?	<input type="checkbox"/>	Columna ?	<input type="checkbox"/>

* Cuales son los síntomas

* Sabe su peso aproximado en kilos? Cuantas operaciones recuerda le han practicado ?

Anote fecha y motivo ?

* En su familia se ha registrado alguna enfermedad congénita o hereditaria (ejemplo: de corazón, etc.) de la cual usted tenga conocimiento describa el padecimiento y sabe Ud. sus causas ?

* Actualmente toma usted algún tipo de tratamiento o medicamento ? cual ?

* Ha sufrido traumatismos (golpes) graves ? estos le requirieron de cirugías u hospitalización mayor a 7 días o le requirió de injertos o instalación de placas metálicas ? sabe de que material son sus placas

* Ha sufrido intoxicaciones ? con que tipo de sustancias

* Ha requerido de anestesia ? local o general

Esta embarazada fuma consume alcohol consume drogas toma aspirina o ecotrin

sabe si tiene alguna enfermedad : cardiaca cual ?

hepatitis tipo H.I.V. brucelosis presión alta presión baja diabetes

problemas : renales pulmonares respiratorios falta de visión falla de memoria gastritis

Le han realizado estudios de diagnostico con anterioridad de que tipo

se los realizo con nosotros (para búsqueda de historial), tiene familiares con antecedentes de cáncer

** tiene algún problema medico o síntoma que no haya considerado este cuestionario medico podría describirlo a

detalle por favor

en caso de ser necesario su estudio puede requerir de medio de contraste (mismo que se usa para fotografiar mejor ciertos órganos o tejidos del cuerpo) por lo cual mediante la firma del presente autoriza la aplicación del mismo, así también asumo que los datos aquí mostrados son reales y son de uso exclusivo para la historia clínica por lo cual prohíbo su uso con otro fin distinto al señalado.

Autorizo la mediante mi firma autógrafa _____

Mi medico tratante es su teléfono móvil

No dude en solicitar información si usted lo requiere para el llenado o conocimiento del estudio que le realizaran, Por ética esta prohibido a nuestro personal dar recomendaciones de médicos tratantes y/o diagnósticos presuntivos