



## Formulario de historial médico del

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de Longhorn Imaging? \_\_\_\_\_

**Tómese el tiempo para completar este formulario de forma precisa y completa. Las respuestas que proporcione en este formulario ayudarán al radiólogo a realizar un diagnóstico preciso y detallado.**

1. Detalles de los síntomas/área de dolor (por favor proporcione tantos detalles como sea posible)

\_\_\_\_\_

2. ¿Cuánto tiempo ha estado experimentando dolor/síntomas? (indique la fecha de la lesión/accidente, si corresponde) \_\_\_\_\_

3. ¿Se irradia el dolor? Si es así, ¿hacia dónde se irradia? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. ¿Qué acción causa el dolor? (De pie / Doblado / Sentado / Acostado / Otro) Si es otro, explique:

\_\_\_\_\_

5. Si está aquí por la parte inferior de su espalda, ¿tiene alguno de los siguientes:

**Problemas para caminar    Sí / No**

**Problemas con el intestino/vejiga    Sí / No**

En caso afirmativo, por favor explique los síntomas en detalle: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Si está aquí por su cuello, ¿tiene torpeza en las manos? **Sí/No**

En caso afirmativo, explique los síntomas en detalle: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. ¿Sufre de alguno de los siguientes:

cabeza                      **Sí / No**

Visión borrosa            **Sí / No**

Mareos                      **Sí / No**

Equilibrio deficiente    **Sí / No**

Convulsiones              **Sí / No**

Si respondió sí a cualquiera de estos, por favor explique los síntomas en detalle: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. ¿Tiene antecedentes de cáncer?    **Sí / No**

En caso afirmativo, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_

Tratamiento realizado: \_\_\_\_\_

9. ¿Ha tenido una imagen anterior por el **MISMO PROBLEMA** que lo están viendo hoy?

**Sí / No**

En caso afirmativo, nombre del centro de imágenes: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿trajo hoy su estudio de imágenes anterior?    **Sí / No**

Enumere todas las cirugías/implantes:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_