

FORMULARIO HISTORIAL DE PACIENTES DE IRM
(MRI Patient History Form)

Nombre del Paciente _____ **Fecha** _____
(Patient Name) (Date)

Tipo de Examen _____
(Type of Exam)

Por Favor dé descripción de su dolor ó síntomas: _____
(Please give a description of your pain or symptoms)

¿Ha tenido una lesión en el área que va a ser explorado? Sí _____ No _____
(Have you had an injury to the area being scanned) (Yes) (No)

¿Tiene algo de lo siguiente? ¿Si es sí, Dónde?
(Do you have any of the following? If so, Where)

	Sí (Yes)	No (No)	Dónde (Where)
Dolor (Pain)	_____	_____	_____
Entumecimiento (Numbness)	_____	_____	_____
Hormigueo (Tingling)	_____	_____	_____
Debilidad (Weakness)	_____	_____	_____

¿Ha tenido alguna cirugía en el área que va a ser explorado? Sí _____ No _____
(Have you had surgery to the area being scanned) (Yes) (No)

¿Cuándo fue? _____
(When)

¿Hubo Mejoría? Sí _____ No _____
(Was there improvement) (Yes) (No)

WellStar Health System
Cobb Douglas Kennestone
Paulding Windy Hill
MRI Patient History Form-Spanish

PATIENT IDENTIFICATION

¿Tiene alguna historia de Cáncer? **Sí** _____ **No** _____
(Do you have a history of cancer) (Yes) (No)

¿Dónde? _____
(Where)

¿ Cuáles tratamientos le han hecho? _____
(What treatments have you had)

¿Le han hecho alguno de éstos exámenes?
(Have you had any of these exams)

	Sí (Yes)	No (No)	¿Cuándo? (When)
IRM (MRI)	_____	_____	_____
TC (CT)	_____	_____	_____
Ultrasonido (Ultrasound)	_____	_____	_____
escán de PET (PET Scan)	_____	_____	_____
Medicina Nuclear (Nuclear Medicine)	_____	_____	_____

WellStar Health System
Cobb Douglas Kennestone
Paulding Windy Hill

MRI Patient History Form-Spanish

PATIENT IDENTIFICATION