



Pueblo Radiology Medical Group

ANTES DEL PROCEDIMIENTO HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Nombre de el paciente: _____ Fecha: _____

Examinacion: _____

Cuales son sus sintomas actuales? _____

Liste sus alergias: _____

Liste sus medicamentos que toma actualmente: _____

Esta usted tomando anticoagulantes, Coumadin o Lovenox? Si o No

- Cuando fue su ultima dosis? _____

Liste sus problemas medicos y cirugías: _____

Usted ha tenido problemas con anestias o calmantes anteriormente? Si o No

Explique: _____

Por favor de indicar si usted tiene una de stas enfermedades, si es si expleque:

| <u>Si</u> | <u>No</u> | <u>Enfermedad</u> | <u>Explicacion</u> |
|-----------|-----------|------------------------|--------------------|
| ___ | ___ | cardiovascular | _____ |
| ___ | ___ | pulmonar | _____ |
| ___ | ___ | gastrointestinal | _____ |
| ___ | ___ | musculoesqueletico | _____ |
| ___ | ___ | urinario/rinones | _____ |
| ___ | ___ | problemas neurologicos | _____ |

Firma de el pacient (o guardian): _____ Fecha: _____

Radiologo: _____ Fecha: _____