

Nombre y Apellido: _____ Fecha: ____/____/____

Autorizo el envío del link de acceso a mi estudio de Diagnóstico por Imágenes a la dirección de email:

_____ Firma del paciente/padre/tutor: _____

Estimado paciente, le solicitamos que complete la siguiente planilla. La información que nos aporte es relevante para realizar su estudio e informe de calidad.

Fecha de inicio de los síntomas: _____

Motivo por el que consultó a su médico y le piden el estudio:

¿Está embarazada? SI NO Fecha de su última menstruación: ____/____/____

	SI	NO	Fecha (aproximada)		SI	NO	Fecha (aproximada)
Fiebre				Sudoración nocturna			
Tos				Expectoración			
Dificultad para respirar				Dificultad para tragar			
Vómitos				Diarrea			
Constipación				Distensión abdominal			
Sangre en materia fecal				Sangre en orina			
Sangrado en otro lugar				¿En dónde?:			
Pérdida de peso (no por dieta)							
Hormigueos				Sensación de electricidad			
Disminución de la sensibilidad				Disminución de la fuerza			
Traumatismo				Esguince (torsión)			
Dolor							
¿Se incrementa o disminuye el dolor en algún momento?				¿En qué momento?			
Actividad física, deportiva o laboral que podría estar asociada a su enfermedad, lesión o síntomas				¿Qué actividad?			

	SI	NO	Observaciones/ describa	Fecha (aproximada)
Procedimientos en el área de estudio: Infiltraciones, inyecciones, punciones, biopsias, toma de muestras, etc.			¿Cuál/es?:	
Cirugías en el área de estudio, o relevantes (de corresponder aclare el lado)				
Enfermedades oncológicas (tumores)				

		SI	NO	Observaciones/ describa	Fecha (aproximada)
*Quimioterapia					
*Radioterapia					
*Otro tratamiento					
Infecciones en el área de estudio o relevantes					
Enfermedades agudas o crónicas, que tenga o tuvo.					
Alteraciones relevantes en los análisis del laboratorio					
Si realiza estudio de tórax:	Fuma SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cantidad de cigarrillos x día:		¿Cuántos años?	
	Fumó SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cantidad de cigarrillos x día:		¿Cuántos años?	
¿Tiene estudios previos del área de estudio?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Son de otra institución? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

¿Desea agregar algún antecedente no mencionado o relevante, o alguna aclaración que desee proporcionar?:

Por favor señale el área de dolor, tumoración o síntomas:

