

# Diagnostic Outpatient Imaging History Form

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

Medico \_\_\_\_\_ Dependencia de alcohol? Si \_\_\_ No \_\_\_

Uso de Tabaco(# de anos) \_\_\_\_\_ Transfucion de Sangre Previas? Si \_\_\_

No \_\_\_ Esta Embarazada? Yes \_\_\_ No \_\_\_

Numero De Hijos? \_\_\_\_\_ Ultima Regla \_\_\_\_\_

A Tenido Una Resonancia Magnetica? Si \_\_\_ No \_\_\_ Lugar? \_\_\_\_\_

A Tenido Una Tomografia? Si \_\_\_ No \_\_\_ Lugar? \_\_\_\_\_

A Tenido Un Sonograma o Ultrasonido? Si \_\_\_ No \_\_\_ Lugar? \_\_\_\_\_

**Tiene Un Marcapaso?** Si \_\_\_ No \_\_\_ **Tiene Un Clip de Aneurisma Cerebral?** Yes \_\_\_ No \_\_\_

## Cirujias

\_\_\_ Vesicula \_\_\_ Apendectomia \_\_\_ Histerectomia \_\_\_ Cerebro

\_\_\_ Ligamento de Trompas \_\_\_ Reparacion de Aneurisma (Aorta) \_\_\_ Espina Cervical \_\_\_ Ovarios

\_\_\_ Prostata \_\_\_ Nasal \_\_\_ Reparacion de Hernia \_\_\_ Espina Lumbar \_\_\_ Corazon \_\_\_ Otras

Cirujias: \_\_\_\_\_

## Alergias de Medicamentos:

\_\_\_ Gadolinium \_\_\_ Iodo \_\_\_ Sulfuros \_\_\_ Penicilina Otro: \_\_\_\_\_

## Condiciones

\_\_\_ Dentadura Postiza \_\_\_ Epilepsia \_\_\_ Condicion Cardiaca \_\_\_ Appendicitis

\_\_\_ Implante Ocular \_\_\_ Gota \_\_\_ Mononucleosis \_\_\_ Condicion Sanguinea

\_\_\_ Aparato de Oido \_\_\_ Enfisema \_\_\_ Esclerosis Multiple \_\_\_ Dependencia Quimica

\_\_\_ Estimulador De Nervio \_\_\_ Bronquitis \_\_\_ Pulmonia \_\_\_ Claustrophobia

\_\_\_ Tuerca Vara o Placa Ortopedica \_\_\_ Anemia \_\_\_ Ulceras \_\_\_ Goiter

\_\_\_ Delineado Permanente \_\_\_ Tuberculosis \_\_\_ Dialysis \_\_\_ Hepatitis

\_\_\_ Dispositivo Intrauterino \_\_\_ Condicion Hepatica \_\_\_ Hernia \_\_\_ Colesterol Alto

\_\_\_ Pompa de Insulina \_\_\_ Alta Presion \_\_\_ Sida \_\_\_ Implante Coclear

\_\_\_ Bala o Metal \_\_\_ Embolio \_\_\_ Asma \_\_\_ Tubo Interion de Oidos

\_\_\_ Condicion de Tiroides \_\_\_ Cancer (Especifique) \_\_\_ Diabetes (Glucophage) \_\_\_ Porta Cath

\_\_\_ Condicion Renal \_\_\_ Diabetes (Metformin) \_\_\_ Hernia

\_\_\_ Filtro de Vena Cava \_\_\_ Rellenos Dentales \_\_\_ Claustrophobia

\_\_\_ Apnea Obstructiva de Sueno

Otras

Condiciones: \_\_\_\_\_

Sus Ojos Han Estado Expuestos A Fragmentos De Metal? Si \_\_\_ No \_\_\_

Tiene Algun Dispositivo Implantado En Su Cuerpo? Si \_\_\_ No \_\_\_

Tiene Usted Extremidades Artificiales/Protesis En Su Cuerpo? Si \_\_\_ No \_\_\_

Razon Del Examen

Hoy/Sintomas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Yo verifico que toda la informacion es preciso a mi conocimiento: \_\_\_\_\_

**\*Patient signature**

**Tecnico Solamente:**

Oral sedation give: Xanax/Chloral Hydrate Time given\_\_\_\_\_

Dosage:\_\_\_\_\_

Reaction:\_\_\_\_\_