

Imágenes

Cuestionario de imágenes por resonancia magnética sobre la espina vertebral y el sistema musculoesquelético



Nombre: _____ Fecha: _____

** POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS POR COMPLETO**

1. Por favor, describa la razón de este examen, como USTED lo entiende (por ejemplo, dolor, bulto, lesión, etc.). Por favor, no diga simplemente "por órdenes del doctor". _____

2. ***Si la examinación es por dolor o bulto, marque la ubicación en el dorso de este formulario.*** 
3. Si es por una lesión:
 ¿Se lesionó en el trabajo? ☐ Sí ☐ No ¿Cómo se lesiono? _____
 ¿Es lesión deportiva? ☐ Sí ☐ No ¿Qué deporte? _____
 ¿Accidente automovilístico? ☐ Sí ☐ No
 Fecha de la lesión: _____
4. ¿Alguna vez ha tenido una fractura en la parte del cuerpo que se va a escanear? ☐ Sí ☐ No Fecha: _____
 ¿Alguna vez ha tenido cirugía en la parte del cuerpo que se va a escanear? ☐ Sí ☐ No Fecha: _____
5. ¿Tiene diabetes? ☐ Sí ☐ No
6. ¿Ha tenido una infección ósea? ☐ No ☐ Si es así, fecha: _____
7. ¿Ha tenido cáncer? ☐ No ☐ Si es así, fecha: _____
 Tipo de cáncer: _____
 Cirugía de cáncer: ☐ Sí ☐ No Si es así, fecha: _____
 Quimioterapia: ☐ Sí ☐ No Último tratamiento: _____
 Quimioterapia: ☐ Sí ☐ No Último tratamiento: _____
8. ¿Se le ha hecho un MRI o tomografía computarizada de esta parte del cuerpo antes? ☐ Sí ☐ No
 Si es así, fecha: _____ Ubicación: _____
9. ¿Ha tenido radiografías de esta parte del cuerpo antes? ☐ Sí ☐ No
 Si es así, fecha: _____ Ubicación: _____
10. ¿Tiene alguna alergia? ☐ Sí ☐ No Si es así, ¿a qué? _____

Imágenes

Cuestionario de imágenes por resonancia magnética sobre la espina vertebral y el sistema musculoesquelético

