

Número del paciente _____ Número del paciente _____ lo completa el técnico

Nombre/s _____ Apellido/s _____ Edad _____

Razón del examen *(describa en detalle)*

NOTAS DEL TÉCNICO: *(solo para uso interno)*
Contraste _____
Sedación _____
Notas _____

¿TIENE O ALGUNA VEZ TUVO? *(para todos, indique sí o no con un círculo)*

Presión alta/Hipertensión	SÍ	NO		
Colesterol alto	SÍ	NO		
Falta de aire	SÍ	NO		
Dolor torácico	SÍ	NO		
Prueba de estrés	SÍ	NO	¿Los resultados salieron normales?	SÍ NO
Cirugía de bypass cardíaco	SÍ	NO	¿Cuántas?	_____
¿Tiene un stent en el corazón?	SÍ	NO	¿En cuál vaso?	_____
Antecedentes familiares de cardiopatía	SÍ	NO		
¿Ha tomado alguna droga para incrementar el rendimiento sexual en las últimas 48 h?	SÍ	NO		
Diabetes	SÍ	NO		
¿Fuma?	Actualmente	Antes	Nunca	¿cigarrillos? SÍ NO otro: _____
Si responde que sí, ¿cuántos años? _____				

¿Su problema se relaciona con alguna lesión? NO _____ SÍ _____ *(si responde que sí, continúe)*

Fecha de la lesión _____ Cómo se lesionó *(elija una opción)* Accidente automovilístico Trabajo Otro
Describa la lesión *(especifique)* _____

¿Alguna vez le diagnosticaron cáncer? NO _____ SÍ _____ *(si responde que sí, continúe)*

Tipo de cáncer _____ Ubicación _____ Fecha del diagnóstico _____
Estado actual *(elija una opción)* Recientem. diagnost. Recurrencia Remisión
Tratamiento *(indique con un círculo todos los que correspondan)* Cirugía Radiación Quimioterapia
Fecha del último tratamiento _____
¿Se propagó? NO _____ SÍ _____ Si responde que sí, ¿dónde? _____
¿Su visita de hoy se relaciona con el diagnóstico de cáncer? NO _____ SÍ _____

Cirugías anteriores o estudios de diagnóstico por imágenes que se relacionan con el área afectada por la que viene a la consulta de hoy. *(haga una lista específica de cuáles y cuándo)*

Descripción del procedimiento	Fecha
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____