

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 \_\_\_\_\_

**Cabeza** *(encierre con un círculo todo lo que corresponda)*

Apoplejía Pérdida de memoria Temblor Mareos

Convulsiones EM Hemorragias

Cefaleas *(elija una opción)*

Agudas Crónicas Intensas Debida a traumatismos

Migrañas *(elija una opción)* Agudas Crónicas

Pérdida de visión *(elija una opción)* Derecho Izquierdo Los dos

Pérdida auditiva *(elija una opción)* Derecho Izquierdo Los dos

Entumecimiento/Hormigueo Dónde \_\_\_\_\_

¿Antecedentes de traumatismo craneano? Sí NO

**Senos paranasales** *(encierre con un círculo todo lo que corresponda)*

Infecciones de los senos paranasales Cefaleas Dolor facial

Congestión Anginas Goteo posnasal Pólipos nasales Secreción nasal Dolor de muelas Hemorragia nasal Ronquido Resfríos frecuentes Tos crónica Desviación de tabique nasal Apnea del sueño

Fractura nasal anterior

Enumere cualquier otro síntoma relacionado

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Previa cirugía de senos paranasales? Sí NO

Si responde que sí, describa el procedimiento y la fecha:

\_\_\_\_\_

**¿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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_