

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

Nombre/s _____ Apellido/s _____ Edad _____

Razón del examen *(describa en detalle)*

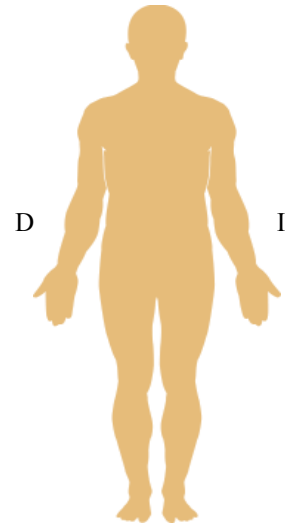
NOTAS DEL TÉCNICO: *(solo para uso interno)*
Contraste _____
Sedación _____
Notas _____

SÍNTOMAS, Extremidades *(encierre con un círculo todo lo que corresponda)*

Anteriores inyecciones intraarticulares	SÍ	NO	Dónde _____	
Dolor de articulaciones	Agudo	Crónico	Derecha	Izquierda
Artritis	Agudo	Crónico	Derecha	Izquierda
Rigidez articular	Agudo	Crónico	Derecha	Izquierda
Debilidad	Agudo	Crónico	Derecha	Izquierda
Pérdida del ángulo de movimiento	Agudo	Crónico	Derecha	Izquierda
Masa muscular	Agudo	Crónico	Derecha	Izquierda
Infección	Agudo	Crónico	Derecha	Izquierda

Cuál es la ubicación exacta de los síntomas:

Marque en dónde siente dolor/malestar



¿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
_____	_____
_____	_____
_____	_____