

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 _____
Glucosa (PET) _____

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

Dolor Agudo Crónico
Masa Agudo Crónico
Infección Agudo Crónico

Cuál es la ubicación exacta de los síntomas:

EPOC Cardíaco Hepatitis

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

¿Fuma? Actualmente Antes Nunca
Si responde que sí, ¿cuántos años? _____

SOLO PARA MUJERES, continúe (*encierre con un círculo todo lo que corresponda*)

¿Tuvo una histerectomía? (le extrajeron el útero) Sí NO
¿Le extrajeron los Derecho Izquierdo Los dos
ovarios?

Algún diagnóstico de cáncer y antecedentes: Fecha del diagnóstico _____

¿Qué tipo de cáncer tiene? _____

Ubicación _____

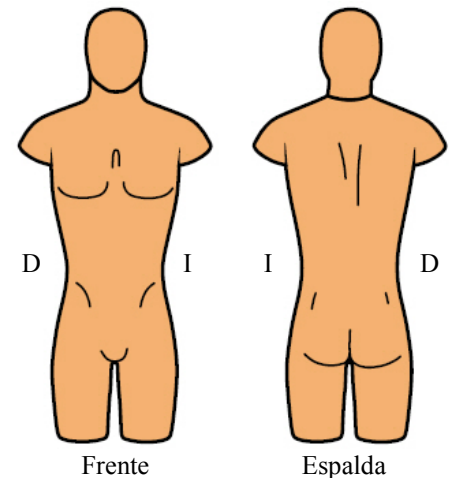
Estado actual: Recientemente diagnosticado, ¿cuándo? _____
 Recurrencia, ¿cuándo? _____
 Remisión, ¿cuánto hace? _____

Tratamiento: Cirugía Fecha del último tratamiento _____
 Radiación Fecha del último tratamiento _____
 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 _____

Marque en dónde siente dolor/malestar



Estudios relacionados: ¿Se ha realizado previamente una RMN, un TAC o estudios relacionados? _____ NO _____ Sí (*si responde que sí, continúe*)

Fecha del estudio: _____ Tipo de estudio: _____

Fecha del estudio: _____ Tipo de estudio: _____

Fecha del estudio: _____ Tipo de estudio: _____

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
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____