

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

Dolor de cuello	Agudo	Crónico	Debido a un traumatismo
Dorsalgia	Agudo	Crónico	Debido a un traumatismo
Lumbalgia	Agudo	Crónico	Debido a un traumatismo
Entumecimiento facial	Derecho	Izquierdo	Bilateral
Debilidad facial	Derecho	Izquierdo	Bilateral
Entumecimiento del cuerpo	Derecho	Izquierdo	Bilateral
Dolor corporal	Derecho	Izquierdo	Bilateral

Cuánto hace que tiene los síntomas mencionados arriba:

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

Radiculopatía

Entumecimiento de los brazos	Derecho	Izquierdo	Bilateral
Dolor de brazos	Derecho	Izquierdo	Bilateral
Entumecimiento de las piernas	Derecho	Izquierdo	Bilateral
Dolor de piernas	Derecho	Izquierdo	Bilateral

Mielopatía

Debilidad en los brazos	Derecho	Izquierdo	Bilateral
Debilidad en las piernas	Derecho	Izquierdo	Bilateral

Ángulo de movimiento limitado NO ___ SÍ ___
Si responde que SÍ, especifique la ubicación exacta: _____

¿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
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____