



# Houston MRI

Diagnostic Radiology of Houston

## HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE PARA IRM (MRI PATIENT HISTORY)

Phone: 713.425.8100 • Fax Orders: 713.425.8182

2600 N. Gessner, Ste. 150, Houston, TX 77080

5630 E. Sam Houston Pkwy N., Houston, TX 77015

1336 Pin Oak Road, Katy, TX 77494

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tipo de examen: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

Cuando es su cita con su doctor? \_\_\_\_\_

Explique su condición y/o dolor:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tiene o ha tenido algunas de las siguientes condiciones?:

SIDA  Si  No  
Asma  Si  No  
Cáncer  Si  No  
Diabetes  Si  No  
Hepatitis  Si  No  
HIV Positivo  Si  No

Hipoglicemia  Si  No  
Lupus  Si  No  
Mononucleosis  Si  No  
Embolia cerebral  Si  No  
Ulceras  Si  No

Por favor, anote cualquier otra condición médica que usted tenga:

\_\_\_\_\_

¿Ha tenido cirugía de cualquier tipo?  Si  No

Por favor anote la clase de cirugías y las fechas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Ha tenido radiografías anteriores?  Si  No

El lugar y el día de las radiografías:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Esta tomando alguna medicina?  Si  No

Nombre de la medicina:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tiene alergia a alguna forma de medicamento?  Si  No

Nombre de la medicina:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna reacción a las inyecciones de contraste en el IRM o radiografías?  Si  No

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_