



Houston MRI

Diagnostic Radiology of Houston

**HISTORIA MEDICA DEL
PACIENTE PARA ULTRASONIDO**
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 est tu sita con tu doctor? _____

Explique su presente condicion y/o dolor: _____

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

- SIDA/HIV? Si No
- Alta Presion? Si No
- Diabetis? Si No
- Hepatitis? Si No
- Fumas? Si No
- Enfermedad de Rinon? Si No
- Enfermedad de Hgado? Si No

- Lupus? Si No
 - Embolio cerebral? Si No
 - Ulceras? Si No
 - Alta colesterol? Si No
 - Cancer? Si No
- Si, Que tipo? _____

Por favor, anote qualquier otra condicion medica que usted tenga:

¿Ha tenido cirugia de cualquier tipo? Si No

Por favor anote la clase de cirugias y las fechas:

¿Estas tomando alguna medicina? Si No

Nombre de la medicina:

¿Tiene alergia a alguna forma de medicamento? Si No

Nombre de la medicina:

DAMAS SOLAMENTE

Dia de ultimo cyclo mensual. Fecha: ____/____/____ Fecha de hoy: ____/____/____

- Ha tenido menopausia? Si No No sabe
- Esta embarazada? Si No No sabe
- Ha tenido una Histerectomia? Si No No sabe
- Tiene un IUD? Si No No sabe

Firma de paciente / adulto