



Diagnostic Medical Imaging, LLC
2170 West 68th Street Suite 1-2
Hialeah, Florida 33016

Historia De Paciente Para Ultrasonido

Nombre: _____ Fecha ___/___/___

Numero de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Estatura _____ Peso _____ Su Doctor _____

Examen Ordenado _____ Porque _____

Esta Embarazada? NO SI

1. Usted se ha hecho exámenes de medicina nuclear o exámenes de ultrasonido:

_____ Fecha ___/___/___ Donde _____
_____ Fecha ___/___/___ Donde _____
_____ Fecha ___/___/___ Donde _____

2. Usted se ha hecho exámenes de radiografías, CT scan, MRI, o EKG:

_____ Fecha ___/___/___ Donde _____
_____ Fecha ___/___/___ Donde _____
_____ Fecha ___/___/___ Donde _____

3. Tiene quejas de algun dolor: _____

4. Usted tiene otros problemas medicos o esta recibiendo algun tratamiento:

5. Usted a tenido cirugias, traumas, o fracturas:

6. Por favor indique cualquier medicamento que este tomando actualmente:

Medicamento	Dosis	Hora / Frecuencia	Ultima vez que tomo