



Diagnostic Medical Imaging, LLC  
6517 Taft St. Suite 103  
Hollywood, Florida, 33024

## 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 |
|-------------|-------|-------------------|---------------------|
|             |       |                   |                     |
|             |       |                   |                     |
|             |       |                   |                     |
|             |       |                   |                     |