

## REGISTRO DE PACIENTE Y FORMULARIO DE EXAMEN DE RADIOGRAFIAS

**Por favor, imprima la información del paciente:**

Nombre de Pila: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino / Femenino Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apartamento #: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono del domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Médico que refiere: \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono de emergencia: \_\_\_\_\_

Seleccione una de las siguientes opciones:

Seguro \_\_\_\_\_ / Sin Seguro / Compensación de Trabajadores / Otro \_\_\_\_\_

**Por favor, imprima la historia del paciente:**

Razón del Examen: \_\_\_\_\_

Señales/Síntomas: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_

Historial Médico: \_\_\_\_\_

Historial de Cirugías: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido exámenes de imagen relacionados con sus síntomas actuales?      No / Si

Fecha: \_\_\_\_\_ Examen Previo: \_\_\_\_\_ Nombre del lugar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Examen Previo: \_\_\_\_\_ Nombre del lugar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Examen Previo: \_\_\_\_\_ Nombre del lugar: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO:** Certifico que la información anterior es correcta a mi mejor saber y entender. He leído y entendido el contenido de este formulario y he tenido la oportunidad de hacer preguntas con respecto a la información en este formulario. También he informado al técnico que **no estoy embarazada en este momento.**

Firma de la persona que completo el formulario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente:     Yo     Cónyuge     Guardian

Screening Form Reviewed by Technologist: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

(print first initial & last name)