

Estimado paciente: Señor (a): \_\_\_\_\_

Solicitamos responder el siguiente cuestionario, para así optimizar su estudio:

1. ¿Por qué motivo consultó a su Médico y cuándo?

\_\_\_\_\_

2. ¿Cuáles son las molestias actuales y en qué lugar específicamente?

\_\_\_\_\_

3. ¿Cuál diagnóstico le ha dado su Médico?

\_\_\_\_\_

4. ¿Ha sido operado (a), de qué y cuándo?

\_\_\_\_\_

5. ¿Ha recibido radioterapia o quimioterapia?

\_\_\_\_\_

6. ¿Está tomando medicamentos? ¿Cuáles?

\_\_\_\_\_

7. ¿Es alérgico (a)? ¿A qué?

\_\_\_\_\_

8. ¿Se ha realizado exámenes con medio de contraste endovenoso? ¿Tuvo algún problema?  
(como por ejemplo: Scanner o Pielografía)

\_\_\_\_\_

9. Responder:

SI

NO

• Fuma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Es diabético

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Está embarazada

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Es hipertenso (a)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Asmático

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Hipertiroidismo

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Hipotiroidismo

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Resistencia insulina

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. ¿Desca hacer algún comentario?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_