

PROCEDIMIENTO DE ULTRASONIDO CUESTIONARIO

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA: _____

EXAMEN ORDENADO _____ MÉDICO DE REFERENCIA _____

ALERGIAS: _____ DOB: _____ EDAD: _____

SEXO M F

¿TIENE ALGUNO DE LOS SÍNTOMAS SIGUIENTES?

- | | |
|---|--|
| Y N DOLOR ABDOMINAL | Y N FALTA DE COORDINACIÓN |
| Y N DOLOR PÉLVICO | Y N DOLOR DE PECHO |
| Y N DOLOR EN LAS EXTREMIDADES
BRAZO O PIERNA | Y N CARDÍACO ACELERADO/IRREGULAR PALPITACIONES |
| Y N HINCHAZÓN EN MIEMBRO
BRAZO O PIERNA | Y N SÍNCOPE / DESMAYOS |
| | Y N FALTA DE ALIENTO |
| | OTRO: _____ |

POR FAVOR, LISTE TODA LA HISTORIA MÉDICA

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 3. _____ |
| 2. _____ | 4. _____ |

ANOTE TODOS LOS MEDICAMENTOS

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 3. _____ |
| 2. _____ | 4. _____ |

ANOTE TODOS CIRUGÍAS

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 3. _____ |
| 2. _____ | 4. _____ |

¿HA TENIDO ANTERIOR CT, RADIOGRAFÍAS, RESONANCIA MAGNÉTICO O RELACIONADO CON ESTE PROBLEMA?

SI SI CUANDO Y DONDE: CT _____
XRAYS _____ MRI _____

INICIALES DEL PACIENTE _____ EL ÚLTIMO PERIODO MENSTRUAL _____

PERFIL DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____

Teléfono del trabajo: _____

Teléfono celular: _____

correo electrónico: _____

EMAIL: _____

Patient ID#: _____ Sexo: M F

Fecha de nacimiento: _____

Seguro Social #: _____

Estado Civil: Casado Soltero

Médico de referencia: _____

Médico de atención primaria: _____

EMPLEO DEL PACIENTE

Empleados Retirado Sin empleo

Empleador: _____

Teléfono: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA (Nombre Y Teléfono)

(1) _____

(2) _____

(3) _____

PARTE RESPONSIBLE (Deben completar si es parte responsable que no sea asegurado o del paciente.)

Igual que el paciente Igual que el Asegurado

Relación con el Paciente: _____

Nombre: _____

Empleador: _____

dirección: _____

Teléfono: _____

Ciudad, estado y código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____

Licencia De Conducir# _____ Estado _____

Seguro Social #: _____

SEGURO DE PRIMARIA (debe completar en su totalidad para que podamos presentar ante su seguro.)

Nombre del Asegurado: _____

Relación con el Paciente: _____

Nombre de la Compañía de Seguros: _____

Asegurado SS#: _____

Seguro del teléfono#: _____

grupo de políticas #: _____

Seguros ID #: _____

Asegurado Fecha de Nacimiento: _____

ES EL PACIENTE CUBIERTOS POR CUALQUIER OTRO SEGURO? SI / NO (EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETE A CONTINUACIÓN.)

SEGURO DE SECUNDARIA

Nombre del Asegurado: _____

Relación con el Paciente: _____

Nombre de la Compañía de Seguros: _____

Asegurado SS#: _____

Seguro del teléfono#: _____

grupo de políticas #: _____

Seguros ID #: _____

Asegurado Fecha de Nacimiento: _____

Entiendo que este formulario debe ser completado en su totalidad. Entiendo que si la totalidad de la información anterior no se complete, una demanda no puede ser capaz de ser presentado a mi compañía de seguros; por lo tanto, me hace plenamente responsable de los gastos incurridos.

Por favor, díganos cómo se refirieron a nuestra oficina: amigo doctor ubicación internet seguro otro: _____

Firma del paciente o del partido Responsable: _____ Date: _____