



POR FAVOR AYÚDENOS A EVALUAR SU PROBLEMA LLENANDO ÉSTE FORMULARIO

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
Name Age Date

1. ¿Cuál era su molestia principal cuando visitó a su doctor?  
What was your chief complaint when you visited your doctor?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. ¿Sufrió una lesión/ lastimadura? Sí/ NO ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ Por favor describa lo que le ocurrió  
Was there an injury? YES/ NO When? Please describe what happened.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. ¿Ha tenido cirugía y/o artroscopia? Sí / NO Si su respuesta es si, ¿cuándo y donde?  
Have you had surgery and/ or arthroscopy? YES/ NO If yes when and where?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. ¿Le han practicado otros estudios Otros estudios por medio de imágenes en la parte del cuerpo que va a ser examinada? Sí / NO  
Have you had any other imaging tests done on the body part being examined? YES / NO

¿Radiografías? \_\_\_\_\_ ¿Exploraciones con Tomografía Computarizada (GAT)? \_\_\_\_\_  
X-rays? CT Scans?

¿Exploraciones con imágenes por Resonancia Magnética (MRI)? \_\_\_\_\_ ¿Exploraciones Óseas? \_\_\_\_\_  
MRI Scans? Bone Scans?

5. ¿Tiene usted artritis, cáncer o cualquier otro problema de salud?  
Do you have arthritis, cancer or any other medical problems?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Comentarios adicionales:  
Other comments:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



MRI Orthopedic - Spanish