



3909 WARING ROAD, SUITE C
 OCEANSIDE, CA 92056
 PHONE (760) 630-0014
 FAX (760) 630-0015

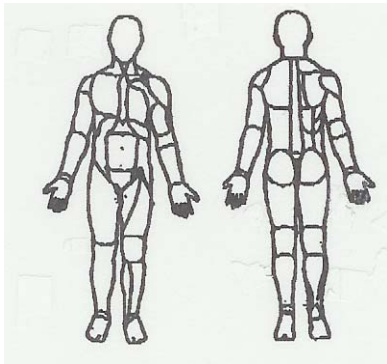
REGENTS IMAGING

INFORMACION BASICA ACERCA DE PROBLEMAS ORTOPEDICOS

Favor de llenar este formulario lo mejor posible. Si no se sabe las fechas exactamente, favor de darnos una fecha lo mas cercana posible. Esta información es muy importante y será repasada durante la interpretación de su MRI.

Nombre: _____ Edad: _____ ¿Es zurdo o diestro? : _____

Estatura: _____ Peso: _____ Ocupación: _____



FAVOR DE DIBUJAR O CIRCULAR DONDE EL DOLOR O LOS SINTOMAS SE ENCUENTRAN

Problema Presente	Favor de escribir su respuesta
¿Que problema ortopédico vamos a evaluar hoy con el MRI?	
¿Cuándo fue la primer vez que le ocurrió este problema?	
¿El problema fue causado por un accidente o demasiado estrés? Si fue accidente, ¿en qué fecha le sucedió?	
¿Donde se encuentra el problema exactamente? (Ejemplo: enfrente, atrás, adentro, o afuera de la coyuntura)	
Si tiene dolor, en una escala de 0 al 10 circule el numero exacto de cuanto le duele. 0 significa nada de dolor y 10 significa mucho dolor.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Nada de dolor) (Mucho dolor)
¿Hay algo que le alivie los síntomas?	
¿Ha tenido un problema similar en el pasado? ¿Cuándo?	
¿Que estudios, exámenes, o tratamientos medicos ha recibido para este problema? ¿Artroscopia? ¿Cirugía?	
¿Tiene alguna otra condición medica? (Por ejemplo: cancer, anemia, osteoporosis)	
¿Tiene algún comentario que pueda ser información útil?	