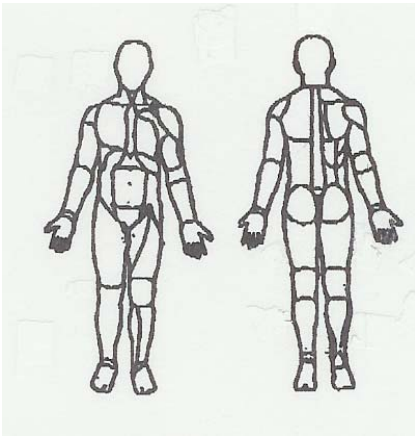




3909 WARING ROAD, SUITE C
 OCEANSIDE, CA 92056
 PHONE (760) 630-0014
 FAX (760) 630-0015

REGENTS IMAGING

Apellido _____ Nombre _____ Sexo _____
 Edad _____ Fecha De Nacimiento ____/____/____ Peso _____
 Domicilio _____ Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____
 # De tel. () _____ # de tel. De trabajo () _____
 Employer _____
 Fecha de Accidente _____ Se accidento en el trabajo o en auto? _____
 Nombre del Doctor que lo refirió _____



Favor de explicar los síntomas o la razón que lo mandaron a hacerse estos estudios. Puede usar los dibujos para indicar donde tiene los síntomas o dolores:

¿Ha tenido alguna cirugía? Si la respuesta es si, que tipo de cirugías y en que fechas: _____

¿Ha tenido o tiene alguna historia de cancer? Si la respuesta es si, favor de describir: _____

¿Le han hecho algún estudio de MRI, CT, Radiografía o Ultrasonido? Si la respuesta es si, favor de especificar que tipo de estudio y en donde se lo hicieron? _____

¿Tiene alguna historia medica que le pueda ser de beneficio a nuestro (a) radiólogo (a)?

Escriba su nombre

Firme su nombre

Fecha