



ULTRASONIDO

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Peso: _____ Altura: _____ Mes / Dia / Año

¿Ha tenido un ultrasonido anteriormente? SI NO
Si si, Cuando: _____ Adonde: _____ Que tipo: _____

¿Por que tiene este ultrasonido hoy?

¿Tiene dolor? SI NO ¿Por cuanto tiempo? _____

¿Ha tenido alguna cirugia en la area que esta siendo analizada? SI NO

¿Que tipo de cirugia? _____

SOLO para pacientes femeninas:

¿Esta usted embarazada? SI NO

Primer dia del ultimo ciclo menstrual: ____/____/____

Numero de embarazos: _____ Numero de abortos: _____

Numero de nacidos vivos: _____ Numero de embarazos ectopicos: _____

Tipo de Anticonceptivo utilizado: _____

Atestiguo que la información anterior proporcionada por mí es correcta a lo mejor de mi conocimiento, he leído y entendido el contenido completo de este formulario. He tenido la oportunidad de preguntar cualquier cuestión poco clara a este respecto.

► Firma: _____ Fecha: ____/____/____