

ULTRASONIDO

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

Peso: _____ Altura: _____ Mes / Día / Año

SI **NO**

- ¿Ha tenido tos, fiebre o algún síntoma similar a la gripe en las ultimas 2 semanas?
 ¿Ha entrado recientemente en contacto con alguien que fuera positivo para COVID?
 ¿Algún viaje reciente fuera de los EE.UU?

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

¿Por qué tiene este ultrasonido hoy?

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

¿Ha tenido alguna cirugía en el área que está siendo analizada? SI NO

¿Qué tipo de cirugía? _____

SOLO para pacientes femeninas:

¿Está usted embarazada? SI NO Primer día del último ciclo menstrual: ____/____/____

Número de embarazos: _____ Número de abortos: _____

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

¿Tiene dolor pélvico? SI NO ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Algún sangrado anormal? SI NO ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Histerectomía? SI NO ¿Se extirpan lo ovarios? SI NO Derecho / Izquierdo

¿Está tomando algún reemplazo hormonal? SI NO

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: ____/____/____