



RADIOGRAFIA

SI **NO**

- Ha tenido tos, fiebre o algun sintoma similar a la gripe en las ultimas 2 semanas?
- Ha tenido reciente contacto con alguien que fuera positivo para COVID?
- Algun viaje reciente fuera de los EE.UU?

Esta embarazada? SI NO

Ha tenido una radiografia antes? SI NO
 Cuando: _____ Donde: _____ Que tipo: _____
 Es alergico a algun medicamento o tinte de radiologia (contraste)? SI NO

Motivo de la Radiografia: _____

 Es esto el resultado de una lesion? SI NO
 Tipo de lesion: _____ Fecha: _____
 Cualquier dolor? Por cuanto tiempo? _____
 Alguna cirugia previa? _____

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.

Nombre: _____

► Firma: _____ Fecha: ____/____/____

EDI Reception: _____ X-ray Technologist: _____