



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: ____/____/____

RDI Reception: _____ X-ray Technologist: _____