



**Barnet Medical Plaza**

680 Broadway, Suite 111 Paterson N.J. 07514

P: 973.977.6662 F: 973.341.1128

**Towne Centre**

3 Walter E. Foran Blvd., Suite 312 Flemington N.J. 08822

P: 908.284.2300 F: 908.442.7432

### Historial del paciente para el Ultrasonido General

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ PID# \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Fecha de ultima menstruación \_\_\_\_\_

Esta tomando cualquier Hormonas o Anticonceptivos?  Si  No

Hay alguna posibilidad de embarazo?  Si  No Número de nacidos vivos? \_\_\_\_\_

Queja del Paciente: \_\_\_\_\_

Usted Actualmente esta diagnosticado con cualquier tipo de cáncer?  Si  No

En caso afirmativo, qué tipo? \_\_\_\_\_

Antecedentes familiares de cáncer?  Si  No Tipo: \_\_\_\_\_

Ha tenido algún tipo de cirugía? Cual? \_\_\_\_\_

Algun Ultrasound/MRI/CT scan? Adonde? \_\_\_\_\_ Cuando? \_\_\_\_\_

Su médico ha sentido algun bulto o masa?  Si  No

Especifique: \_\_\_\_\_

Usted tiene un marcapasos?  Si  No Fumas? ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

**Marque todo lo que corresponda:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Papanicolaou abnormal | <input type="checkbox"/> Sangrado irregular     | <input type="checkbox"/> Dolor pélvico                |
| <input type="checkbox"/> Hinchazón             | <input type="checkbox"/> Pesado/doloroso menst. | <input type="checkbox"/> Relaciones sexuales dolorosa |
| <input type="checkbox"/> Quiste de ovario      | <input type="checkbox"/> Endometriosis          | <input type="checkbox"/> Frecuencia urinaria          |
| <input type="checkbox"/> Vómitos               | <input type="checkbox"/> Diarrea                | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso/ganancia     |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento         | <input type="checkbox"/> Sangre en la orina     | <input type="checkbox"/> Piedras de riñón             |
| <input type="checkbox"/> Ictericia             | <input type="checkbox"/> Sangrado rectal        | <input type="checkbox"/> Gas                          |
| <input type="checkbox"/> Acidez estomacal      | <input type="checkbox"/> Flujo vaginal          | <input type="checkbox"/> Coágulos en sangre           |
| <input type="checkbox"/> Ataque al corazón     | <input type="checkbox"/> Derame Cerebral        | <input type="checkbox"/> Enfermedad intestinal        |
| <input type="checkbox"/> Parálisis             | <input type="checkbox"/> Venas varicosas        | <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar             |

Firma del paciente: \_\_\_\_\_