



MRI MUSCULOESQUELÉTICO

Nombre _____ Fecha _____

Edad _____ Peso _____

Tipo de examen: _____

Dar por favor una breve descripción de tus síntomas relacionados con el área que se explorará:

¿Historia de la fractura/de la dislocación? Yes ___ No ___
Si sí, da la localización, la fecha de lesión y el tratamiento.

¿Historia del cáncer? Yes ___ No ___
Si sí, da la localización, tratamiento.

¿Historia de la artritis? Yes ___ No ___
Si sí, da la localización y el tratamiento.

¿Has tenido inyecciones de la cortisona en el empalme afectado? ¿Yes ___ No ___
Si sí, que articulan?

¿Has tenido cirugía en el empalme afectado? ¿Yes ___ No ___
Si sí, cuando? _____

Tipo de operación (si está sabido) _____

Exploraciones anteriores (para el área que es explorada hoy):

CT	Yes ___ No ___	When _____	Where _____
MRI	Yes ___ No ___	When _____	Where _____
X-ray	Yes ___ No ___	When _____	Where _____
Nuc medicine	Yes ___ No ___	When _____	Where _____
Arthrogram	Yes ___ No ___	When _____	Where _____

Technologist _____