



ARA Diagnostic Imaging

Información del Paciente

(Hysterosalpingogram (HSG) / Patient Information)

Nombre del paciente: _____ ACC#: _____ MRN: _____

Si No ¿Le han hecho alguna vez este examen? En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde?

Si No ¿Ha estado alguna vez embarazada?
Por favor, liste las fechas: _____

Número de partos: _____

¿Fue un parto vaginal? _____

Si No ¿Está intentando quedar embarazada?

Si No ¿Ha tenido alguna vez cirugías pélvicas como ser D & C, ligadura de trompas, etc.?
En caso afirmativo, por favor liste el(los) procedimiento(s) y la(s) fecha(s):

¿Cuándo fue el primer día de su ciclo menstrual? _____

¿Cuándo se detuvo su ciclo menstrual? _____

Si No ¿Está tomando alguna droga de fertilidad?

En caso afirmativo, por favor liste: _____

Si No ¿Está actualmente tomando algún antibiótico?

En caso afirmativo, por favor liste: _____

Si No ¿Tiene alguna alergia a medicamentos, alimentos o a otra cosa?

En caso afirmativo, por favor liste: _____

Si No ¿Tiene algún motivo para creer que está embarazada?

Si No ¿Se le ha realizado recientemente algún diagnóstico por imágenes pélvico como un ultrasonido o rayos X?

Firma del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

PARA USO DE LA OFICINA ÚNICAMENTE

Comments: _____

Technologist Initials: _____ Print Technologist Name: _____

Clinic Location: _____