

Información para ser llenada por el paciente  
**CUESTIONARIO T.C.**

Nombre y apellido del paciente .....  
Sexo ..... Edad ..... Fecha: ...../...../.....

Por favor conteste las siguientes preguntas, serán de utilidad para el médico radiólogo que informe su estudio.

- **¿Cuáles son los motivos por el cual le piden este estudio?** (ej. dolor, cefalea, diarrea, mareos)  
.....

- **¿Hace cuanto tiempo comenzaron sus síntomas?** .....

- **¿Ha tenido algún tipo de cirugía?** SI  NO   
Si marcó SI especifique que tipo de cirugía y fecha aproximada de la cirugía  
.....

- **¿Presenta alguna enfermedad de base ya conocida?** SI  NO   
Si marcó que si, especifique que tipo de enfermedad y que tratamiento recibió:  
.....

- **¿Se ha realizado estudios previos?** SI  NO   
Si marcó si, por favor marque con una cruz los estudios que se ha realizado:

- Rx
- Ecografía
- Medicina Nuclear
- Tomografía computada
- Resonancia magnética nuclear
- Angiografía digital
- Otros: .....

Recuerde que esta información es importante para el médico radiólogo que informará su estudio.  
Si no entiende alguna pregunta no dude en consultar.

Firma \_\_\_\_\_

Aclaración \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

CUESTIONARIO