

Facility Name: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
City, State ZIP: \_\_\_\_\_



## Historial Del Patient De Oncología Y MRI Oncology MRI Patient History

Effective Date: June 1, 2018

### Datos Demográficos Del Paciente / Patient Demographics

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_ Número de Expediente Médico: \_\_\_\_\_

### Historial De Cáncer / Cancer History

Si  No Tiene usted o ha tenido alguna vez cáncer? Primer tipo de cáncer \_\_\_\_\_

Si  No Biopsia? Area: \_\_\_\_\_ Resultados: \_\_\_\_\_

Si  No Tratamiento?

Si  No Cirugía? Que tipo? \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si  No Radiación? Parte del cuerpo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si  No Quimioterapia? Nombre del medicamento(s): \_\_\_\_\_

Fecha Inicial: \_\_\_\_\_ Última administración: \_\_\_\_\_

Si  No Inmunoterapia? Nombre del medicamento(s): \_\_\_\_\_

Fecha Inicial: \_\_\_\_\_ Última administración: \_\_\_\_\_

Si  No Segundo tipo de cáncer? \_\_\_\_\_

Si  No Biopsia? Area: \_\_\_\_\_ Resultados: \_\_\_\_\_

Si  No Tratamiento?

Si  No Cirugía? Que tipo? \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si  No Radiación? Parte del cuerpo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si  No Quimioterapia? Nombre del medicamento(s): \_\_\_\_\_

Fecha Inicial: \_\_\_\_\_ Última administración: \_\_\_\_\_

Si  No Inmunoterapia? Nombre del medicamento(s): \_\_\_\_\_

Fecha Inicial: \_\_\_\_\_ Última administración: \_\_\_\_\_

Anote todo tipo de cáncer que ha tenido: \_\_\_\_\_

### Estudios De Imagen Previos / Prior Imaging Studies

Fecha del examen CT más reciente: \_\_\_\_\_ Donde: \_\_\_\_\_

Que Parte del cuerpo: \_\_\_\_\_

Fecha del examen PET / CT más reciente: \_\_\_\_\_ Donde: \_\_\_\_\_

Que Parte del cuerpo: \_\_\_\_\_

Fecha del examen MRI más reciente?: \_\_\_\_\_ Donde: \_\_\_\_\_

Que Parte del cuerpo: \_\_\_\_\_

### SOLO PARA EL PERSONAL:

### Verification

Technologist Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_