



Lakemont Medical Center, 7499 Old Hwy. 441 South, Lakemont, GA 30552
Phone: 706-782-0770 Fax: 706-782-1091

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 _____