

Denver Integrated Imaging
RAYOS X//X-RAY

Fecha//Date: _____ Fecha De Nacimiento//DOB: _____

Nombre//Name: _____

El Tipo de Rayos X//Type of X-ray: _____

¿Qué piensa usted que provoco el problema por cual está aquí hoy? // *What do you think caused this problem for which you are here today?*

¿Tiene usted entumecimiento? // *Do you have numbness?*

¿Sí _____ No _____ ¿Dónde?//*If yes, Where?*

¿Tiene usted debilidad? // *Do you have weakness?* ¿Sí

_____ No _____ ¿Dónde?//*If yes, Where?*

¿Baja su dolor a sus brazos?//*pain go down your arms?* ¿Sí _____ No _____

¿Baja su dolor a sus piernas?// *pain go down your legs?* ¿Sí _____ No _____

¿Ha tenido usted cambio en la vejiga o el intestino?//*any bladder or bowel changes?*

Sí _____ No _____ Si sí, por favor explicar//*If yes, please explain:*

¿Su Altura?//*Height?* _____ ¿Su Peso?//*Weight?* _____ lbs.

Para mujeres sólo // For women only::

¿Hay alguna posibilidad que usted pueda estar embarazada?//*Is there any possibility that you may be pregnant?* Sí _____ No _____

Fecha de último período menstrual//*Last menstrual period.* _____

La liberacion de Responsabilidad// Release of Responsibility

Libero a Denver Integrated Imaging Norte de toda responsabilidad con respecto al embarazo posible con relación a cualquier examen ordenado por mi médico.// *I release Denver Integrated Imaging of all responsibility in connection with possible pregnancy with respect to any examination ordered by my physician.*

La Firma Paciente//*Patients Signature* _____

La Firma del Testigo//*Witness Signature* _____