

**TOMOGRAFÍA**

Apellido y Nombre:..... Edad:.....

Motivo del pedido de estudio: .....

.....

.....

¿Fuma?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Durante cuánto tiempo?
¿Sufre de hipertensión?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Toma medicación?
¿Ha recibido quimio o radioterapia alguna vez?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Localización de la causa:
¿Ha sufrido alguna cirugía?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuáles y en qué año?

OBSERVACIONES.....

.....

.....

.....

¿Adjunta estudios anteriores?       Sí       No

Declaro haber respondido este cuestionario de la forma más precisa posible.

.....

Firma (Paciente o Familiar)

.....

Fecha