

# MEDICAL ARTS

## R A D I O L O G Y

**Massapequa**  
(516) 797-6700  
FAX: (516) 797-8463

**Plainview**  
(516) 822-3600  
FAX: (516) 822-0008

**Bay Shore**  
(631) 665-2261  
FAX: (631) 665-5535

**Commack**  
(631) 462-0525  
FAX: (631) 462-0529

**East Setauket**  
(631) 689-7300  
FAX: (631) 941-4215

**Huntington**  
(631) 427-8860  
FAX: (631) 427-5414

**Patchogue**  
(631) 475-5300  
FAX: (631) 475-3369

**West Islip**  
(631) 422-4474  
FAX: (631) 422-1235

### EXTREMIDAD CUESTIONARIO

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_  
**EDAD:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ **PESO:** \_\_\_\_\_

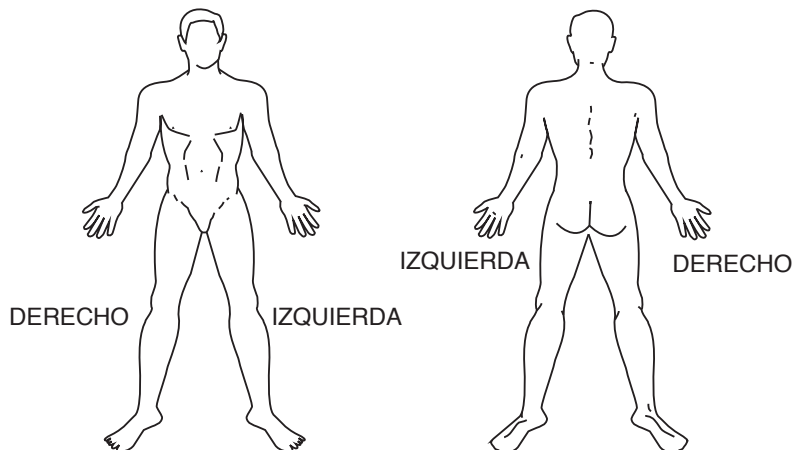
- 1) ¿Cuál fue su jefe se queja cuando fuiste al médico?
- 2) ¿Está usted en cualquier dolor en el momento actual? En caso afirmativo, dónde y por cuánto tiempo has tenido?
- 3) ¿Hay entumecimiento o debilidad asociada con el dolor?
- 4) ¿Tiene alguna lesión reciente?
- 5) ¿Tuvo radiografías tomadas cualquier de esta área? ¿Les llevar con usted?
- 6) Si se trata de una fractura, estabas fundido? Si es así, ¿por cuánto tiempo?
- 7) ¿Ha tenido algún exámenes anteriores de la zona? En caso afirmativo, ¿cuáles fueron los resultados?
- 8) Cualquier historia personal de cáncer? En caso afirmativo, qué tipo y cuando se le diagnostica?

9) ¿Ha recibido la quimioterapia? Si sí, cuando?

10) ¿Ha recibido radioterapia? Si sí cuando?

11) ¿Tiene alguna otra condición médica?

12) ¿Puede describir su salud en general?



Por favor sombra las áreas que son dolorosas.