

CARLSBAD IMAGING CENTER

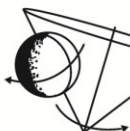
6010 Hidden Valley Rd. #125

Carlsbad, CA 92011

PHONE: (760) 730-3536 FAX: (760) 720-4833

ORDERS@CARLSBADIMAGING.COM

WWW.CARLSBADIMAGING.COM



IMPERIAL RADIOLOGY

2407 Marshall Avenue, Suite A

Imperial, CA 92251

PHONE: (760) 545-0340 FAX: (760) 545-0341

ORDERS@IMPERIALCOUNTYRADIOLOGY.COM

WWW.IMPERIALCOUNTYRADIOLOGY.COM

AM&BB IMAGING CENTER, INC. TIN-33-0991215 NPI - 1730278656

ULTRASOUND QUESTIONNAIRE

Patient name: _____ DOB: ____ / ____ / ____

1) What are your specific complaints/symptoms related to this exam? _____

2) How long have you had these complaints/symptoms? _____

3) Have you had any previous surgeries related to today's exam or body part? ____ YES ____ NO

If YES, type and date of surgery: _____

4) Have you had any prior imaging such as Ultrasound, MRI, CT, or X-RAY related to today's exam?

____ YES ____ NO. If YES, please indicate what study was performed, when it was performed, and at what medical facility _____

5) For female patients, circle one: premenopausal perimenopause postmenopausal pregnant

6) For female patients, Last Menstrual Period Date: _____

Print patient name _____

Patient/Guardian Signature: _____ Date: _____

Relationship _____

CARLSBAD IMAGING CENTER

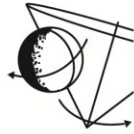
6010 HIDDEN VALLEY RD. #125

CARLSBAD, CA 92011

PHONE: (760) 730-3536 FAX: (760) 720-4833

ORDERS@CARLSBADIMAGING.COM

WWW.CARLSBADIMAGING.COM



IMPERIAL RADIOLOGY

2407 MARSHALL AVENUE, SUITE A

IMPERIAL, CA 92251

PHONE: (760) 545-0340 FAX: (760) 545-0341

ORDERS@IMPERIALCOUNTYRADIOLOGY.COM

WWW.IMPERIALCOUNTYRADIOLOGY.COM

AM&BB IMAGING CENTER, INC. TIN-33-0991215 NPI - 1730278656

CUESTIONARIO DE ULTRASONIDO

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

1. ¿Cuáles son vuestras quejas o síntomas específicos relacionados con este examen?

2. ¿Cuánto tiempo llevas con estas quejas/síntomas? _____

3. ¿Has tenido alguna cirugía previa relacionada con el examen o parte del cuerpo de hoy? SÍ NO

Si SÍ, tipo y fecha de la cirugía: _____

4. ¿Te has hecho alguna imagen previa como ecografía, resonancia magnética, TAC o radiografía relacionada con el examen de hoy? SÍ NO. Si es SÍ, por favor indique qué estudio se realizó, cuándo se realizó y en qué facility medico _____

5. Para pacientes femeninas, círculo uno: perimenopausia premenopáusica posmenopáusica embarazo

6. Para las pacientes femeninas, fecha de la última menstruación: _____

Escriba el nombre del paciente: _____

Firma del Paciente / Firma de Guardián del Paciente: _____ Fecha: _____

Relación _____