



475 Franklin St., Suite 110, Framingham, MA 01702

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha de la cita: _____ Hora: _____

Médico prescriptor: _____

Historial del paciente/Motivo para la prueba/Síntomas/Indicaciones clínicas
(Por favor evite “descartar” o “cuestión de”)

EXAMEN DE ULTRASONIDO:

- No comer ni beber nada durante las 8 horas previas al examen. No fumar ni mascar chicle. Si el examen está programado después de las 12:00 del mediodía, tome un desayuno ligero, SIN GRASA, antes de las 8:00 a.m.
- No coma ni beba nada durante las 8 horas previas al examen. No fumar ni masticar chicle.
- Extremidades inferiores venosas ___ Unilateral ___ Bilateral
-
- Pelvis - Beba de 2 a 3 vasos grandes de agua entre 45 minutos y 1 hora antes del examen. No vacíe la vejiga después de beber el agua ___ Limitada ___ Completa
- Renal – Sin preparación
- Escrotal – Sin preparación
- Tiroides – Sin preparación
- Transrectal – Sin preparación
- Transvaginal – Sin preparación

UN CARGO DE CANCELACIÓN DE \$50.00 SERÁ FACTURADO DIRECTAMENTE AL PACIENTE POR CUALQUIER CITA NO CANCELADA CON 48 HORAS DE ANTICIPACIÓN.

Phone 508-620-9200 • Fax 508-620-6483 • GastroHealth.com/Framingham