

Paciente: _____ Fecha de hoy: ____/____/____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ ¿Alguien le acompañó hoy? Sí No Nombre: _____

Médico remitente: _____ Estatura _____ Peso _____

Médico principal, si difiere: _____

Razón por el examen de hoy: _____

¿Sufre dolor? Sí No Si la respuesta es sí, ¿por cuánto tiempo? _____ Describa el dolor: _____

Pacientes femeninas: Es posible que esté embarazada? Sí No **Último ciclo de menstruación:** ____/____/____

****¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes estudios radiológicos (PARA LA MISMA PARTE DEL CUERPO)?**

No se ha realizado ninguna imagen previa

CT Scan (Prueba de tomografía computadorizada) Sí No Centro médico: _____ Fecha: _____

IRM Scan Sí No Centro médico: _____ Fecha: _____

Ultrasonido Sí No Centro médico: _____ Fecha: _____

****¿Ha tenido algún antecedente médico de: Por favor enumere TODOS los antecedentes de cáncer y las cirugías del área afectada**

Cáncer Sí No Escriba el tipo y fecha diagnosticado: _____ Fecha: _____

Cirugía Sí No Escriba el tipo: _____ Fecha: _____

_____ Fecha: _____

_____ Fecha: _____

¿Ha tenido alguna cirugía abdominal en el último mes? NO Sí

¿Ha tenido una pérdida de peso de 10 libras de manera involuntaria en el mes pasado? NO Sí

Actualmente, ¿Se siente deshidratado? NO Sí

Marque si lo tiene:

<input type="checkbox"/> asma	<input type="checkbox"/> enfermedad cardiaca	<input type="checkbox"/> fallo del riñón	<input type="checkbox"/> mieloma múltiple
<input type="checkbox"/> ninguno	<input type="checkbox"/> diabetes	<input type="checkbox"/> célula falciforme	<input type="checkbox"/> enfermedad del riñón
<input type="checkbox"/> hipertensión (presión arterial alta)	<input type="checkbox"/> hipertensión (presión arterial alta)	<input type="checkbox"/> enfermedad peritoneal	<input type="checkbox"/> miastenia grave
			<input type="checkbox"/> linfoma

Escriba todos los medicamentos que toma actualmente: _____

Si es diabético, escriba los medicamentos que toma por esta condición: (Metformin,etc) _____

¿Se ha inyectado con un agente de contraste, también llamado "tinte de radiografía" durante el proceso de un examen de CT, cateterismo cardiaco o IVP? Sí NO

Si la respuesta es sí, tuvo una reacción al agente de contraste? Sí NO Describa la reacción _____

Alergia a los alimentos Sí No Escriba la alergia y tipo de reacción: _____

Alergia a los medicamentos Sí No Escriba la alergia y tipo de reacción: _____

Doy mi consentimiento para que realice la tomografía computadorizada (CT Scan), incluyendo la administración del agente de contraste, si se ordene o indique. Entiendo que los resultados de este examen serán enviados a mi médico (remitente) que ordenó el examen. Hasta donde yo sepa, toda la información que se encuentra en este formulario es correcta.

_____/_____/_____
Padre o guardián legal Fecha de hoy

Technologist's use only

PID # _____ Referring MD: _____ Technologist _____

Procedure: _____ Reason for Exam: _____

Radiation Dose mGy _____ IV by _____

Lab Values: Date drawn: ____/____/20____ GFR: _____ CREAT: _____ iSTAT

Technologist Section: Female Patient History

El tecnólogo revisará y responderá preguntas sobre respuestas positivas al embarazo.

Female Health History:

- No chance of pregnancy Hysterectomy Tubal Ligation IUD Menopause
 Breast Feeding

LMP: _____ Chance of Pregnancy (Consult RAD) Urine/ Beta HCG: _____

Patient Pregnant: _____ wks (Consent)

Consentimiento de embarazo:

Sus médicos remitentes junto con nuestro radiólogo han determinado que este examen va a obtener un valor diagnóstico para determinar su plan de tratamiento. Las técnicas de escaneo son optimizadas en pacientes embarazadas para alcanzar una dosis de radiación más baja como sea razonablemente posible. La protección será aplicada por el tecnólogo mediante un protector sub-abdominal y de mama. Como paciente, usted reconoce los riesgos, beneficios, y resultados deseados de su examen CT dando su consentimiento por escrito.

Padre o guardián legal

_____/_____/_____
Fecha de hoy

Autorización del radiólogo

Madres lactantes:

El Colegio Estadounidense de Radiología ha determinado que hay un riesgo mínimo de que el contraste sea pasado de madre al bebé a través de la leche materna. Es seguro para la madre y para el infante continuar con la lactancia después de recibir el contraste CT. En última instancia, una decisión informada para suspender la lactancia temporalmente debe quedar en manos de la madre después de que estos hechos sean comunicados. Si la madre continúa preocupada por cualquier posible efecto adverso para el infante, ella debe abstenerse de lactar desde el momento de la administración del contraste hasta un periodo de 12 a 24 horas. No hay ninguna utilidad en suspender la lactancia por más de 24 horas. La madre debe desechar la leche materna de ambos senos durante ese periodo. Anticipándose a esto, la madre puede desear usar una bomba para la extracción de leche, con el fin de obtener la leche antes de la realización del estudio con medios de contraste, para alimentar al infante durante el periodo de 24 horas posterior al examen.

Tech Comments: _____