

Paciente: _____ Fecha de hoy: _____ Altura _____ Peso _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Género: () Masculino () Femenino

Historial médico: Si ha sido diagnosticado con cualquiera de lo siguiente, por favor marque todo lo que aplique:

- Cáncer (cualquier tipo) Enliste tipo y la fecha cuándo fue diagnosticada: _____
- NÓDULO PULMONAR anterior: Si responde sí, ¿cómo se evaluó? (¿CT anterior?): _____
- ¿Cirugía de pecho? ¿Cuándo y tipo?: _____
- ¿Un stent de la arteria coronaria? ¿Cuándo? _____
- Fibrosis pulmonar
- Enfisema
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)
- Enfermedad de la arteria coronaria
- Enfermedad vascular periférica
- Enfermedad cardíaca congestiva

¿En algún momento ha tenido? Escaneo CT de pecho/pulmones NO Sí Instalación: _____ Fecha: _____

Historial de fumar:

- NO SOY FUMADOR pero he sido EXPUESTO AL HUMO DE SEGUNDO MANO significativa (vivo con fumador)
- Soy fumador ACTUALMENTE. Edad que empezó a fumar: _____ Paquetes/día: _____
- Fumé en el PASADO. Edad que empezó: _____ Edad que dejó de fumar: _____ Paquetes/día: _____

Exposición ocupacional:

¿En algún momento ha sido expuesto a cualquier de los químicos enumerados a continuación que podría aumentar su riesgo del cáncer de pulmonar?:

- Arsénico
- Cromo
- Asbesto
- Níquel
- Cadmio
- Berilio
- Silicio
- Gases diésel
- Gas radón

Historial familiar:

- Sin historial familiar de cáncer pulmonar
- Miembro familiar inmediato ha sido diagnosticado con cáncer pulmonar. Marque todo lo que aplique.
 - Madre
 - Padre
 - Hermano
 - Hermana
 - Hija
 - Hijo
- Miembro familiar no inmediato ha sido diagnosticado con cáncer pulmonar.

Doy mi consentimiento para obtener un escaneo CT realizado. Entiendo que los resultados de este procedimiento se enviarán al médico remitente (el médico que lo solicitó). Toda la información en este formulario es correcta según tengo entendido.

Firma del paciente

Fecha

Technologist's section:

CTDI:	DLP:	TECH:
# of year's smoked:	Pack year history:	Year quit: