

IMAGING FORMA DE EVALUACIÓN E HISTORIAL DE CONTRASTE PARA CT E IV

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA _____ SEXO: M F
PESO _____ ALTURA _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ MÉDICO
QUE HIZO LA REFERENCIA _____

EXPLIQUE SU PROBLEMA MÉDICO EN DETALLE POR EL QUE USTED ESTÁ TENIENDO ESTE EXAMEN DE CAT SCAN EL DÍA DE HOY. (¿DÓNDE SE ENCUENTRA EL PROBLEMA? ¿POR CUÁNTO TIEMPO HA TENIDO ESTE PROBLEMA?)

¿HA TENIDO UN EXAMEN PREVIO RELACIONADO CON ESTE PROBLEMA? DSÍ DNO SI
CONTESTÓ SÍ, ¿DÓNDE FUE ESTE EXAMEN REALIZADO? _____ LISTE OTROS
PROBLEMAS MÉDICOS: _____ LISTE CIRUGÍAS
ANTERIORES: _____ LISTE TODAS LAS
ALERGIAS: _____

HISTORIAL DE CONTRASTE

¿ESTÁ TOMANDO GLUCAPHAGE? DSÍ DNO BUN _____ CREATINA _____ ¿ALGUNA VEZ
HA TENIDO UNA REACCIÓN ALÉRGICA A CONTRASTE DE RAYOS X? DSÍ DNO SI
CONTESTÓ SÍ, EXPLIQUE _____

CUALQUIER HISTORIAL PERSONAL DE

ASMA DSÍ DNO

DIABETES DSÍ DNO

ENFERMEDAD DEL RIÑÓN DSÍ DNO

CÁNCER DSÍ DNO

MIELOMA MÚLTIPLE DSÍ DNO

¿ESTÁ USTED DANDO PECHO? DSÍ DNO

COMENTARIOS: _____

HE CONTESTADO ESTAS PREGUNTAS A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO Y ENTIENDO LA INFORMACIÓN QUE SE ME PRESENTÓ. TAMBIÉN HE INFORMADO AL TÉCNICO QUE NO ESTOY EMBARAZADA EN ESTE MOMENTO.

Firma del Paciente/Padre/Tutor Legal Firma del Testigo/Técnico Fecha

NO APLICABLE A ESTE EXAMEN D _____ CC de _____ Con un
@ _____ X _____ CANTIDAD TIPO DE CONTRASTE GA Y TIPO DE AGUJA HORA # DE PUNTADAS
EN _____ LOTE # _____ FECHA DE VENCIMIENTO _____
UBICACION DEL SITIO POR: _____ REACCIÓN AL CONTRASTE DSÍ DNO
MÉDICO CUBRIENDO EL CONTRASTE _____ EXPLIQUE