

ANTECEDENTES Y PREGUNTAS ACERCA DE LA TAC

Nombre _____ Edad _____

Fecha de nac. ___ / ___ / ___ Sexo: M / F Estatura _____ Peso _____ *(<400 Lbs)

Favor de indicar alergias a medicinas _____

¿Le han hecho esta misma prueba en otra parte? De ser así, ¿dónde? _____

Sí No ¿Alguna vez le han inyectado un contraste para hacerle una radiografía?

Sí No ¿Tuvo una reacción adversa o alérgica? **DE SER ASÍ**, por favor descríbala _____

¿TIENE ANTECEDENTES DE LO SIGUIENTE?:

- Sí No ¿Alergia al yodo, mariscos o pescado?
- Sí No ¿Arritmia? (palpitaciones irregulares)
- Sí No ¿Hipertensión pulmonar?
- Sí No ¿Cardiopatía (enfermedad del corazón)?
- Sí No ¿Feocromocitoma (tumor arriba de los riñones)?
- Sí No ¿Alguna enfermedad debilitante seria?
- Sí No ¿Drepanocitosis (enfermedad de células falciformes)?
- Sí No ¿Problemas o insuficiencia de los riñones?
- Sí No ¿Cáncer? De ser así, ¿qué tipo? _____

TECH NOTES

LE APLICA A USTED LO SIGUIENTE:

- Sí No ¿Es paciente de diálisis?
- Sí No ¿Es una persona diabética?
- Sí No ¿Toma Glucophage o Metformin?
- Sí No ¿Está embarazada o dando pecho a un bebé?
- Sí No ¿Toma anticoagulantes (como aspirina o Coumadin)?
- Sí No ¿Toma algún diurético (pastillas para orinar)?
- Sí No ¿Le han quitado?: (indique con un círculo) vesícula biliar, un riñón, el útero, apéndice, mama (D / I)
- Sí No ¿Trae una bolsa de ostomía o sonda de alimentación? De ser así, NO tome un contraste oral
- Sí No ¿Es alérgico a la cinta adhesiva o látex?

Por favor describa las cirugías que ha tenido y la fecha aproximada en que tuvo cada una:

_____ Fecha ___ / ___ / ___
_____ Fecha ___ / ___ / ___
_____ Fecha ___ / ___ / ___

He contestado las preguntas de arriba a mi mejor saber y entender.

Firma del paciente o tutor _____ Fecha ___ / ___ / ___

Si es tutor, nombre en letra de molde _____

ACTUALIZACIÓN

Firma del paciente o tutor _____ Fecha ___ / ___ / ___

Si es tutor, nombre en letra de molde _____