

HISTORIA E INFORMACION DEL PACIENTE

Informacion del Paciente

Fecha: _____

Nombre Del Paciente: _____ Sexo()M ()F Peso: _____ Estatura: _____

Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____ Edad _____ Procedimiento: _____

Doctor que lo refirio: _____ Embarazada: ()Si ()No ()? Fecha de su ultima regla: _____

Rason que vino por un examen?**Explique su problema medico detalladamente**(Cual es el problema? Donde esta el problema? Cuanto tiempo lleva con este problema?) _____

Ha usted tenido algun estudio en imagen relacionado con este problema (Radiografia/Ultrasonido,TAC, MRI)? []Si []No Explique en caso de "Si":

Que examen?: _____ Cuando?: _____ Nombre de clinica: _____

Otros problemas medicos: _____

Cirugias anteriores: _____

Medicinas que toma presentemente: _____

Alergias a medicinas/lates o comidas: _____

Fuma?[]Si []No Si fuma, No. de anos fumando: _____ Cajetillas por dia: _____

Tiene dolor? []Si []No []?

Dibuje donde se localizan los sintomas de dolor en las figures:

Cuanto tiempo ha tenido dolor?: _____

Intensidad de dolor:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

EXAMENES DE CONTRASTE SOLAMENTE

[]No Aplicable

Esta tomando Metformina Hydrocloridica (Glucophage, Glucovance, Avandmet, Metaglip, Fortamet)? []Si []No

Alguna vez ha tenido una reaccion alergica al contraste para radiografias (tinte)? []Si []No

Si tuvo reaccion, explique: _____

A tenido casos de:

[]Si []No Dolor De Cabeza

[]Si []No Enfermedad de rinon/vesicular

[]Si []No Enfermedad de Higado

[]Si []No Cancer

[]Si []No Diabetes

[]Si []No Enfermedad del Corazon

[]Si []No Infarto

[]Si []No Problemas de Prostata

[]Si []No Asma

[]Si []No Ataques

[]Si []No Enfermedad de Alergia Respiratoria

[]Si []No Myeloma Multiple

[]Si []No Mareo

[]Si []No Enfermedad sanguinea/Celulas falciformes

[]Si []No Esta amamantando?

[]Si []No Insuficiencia Renal

En casos de Si, Explique pof favor: _____

Comentarios: _____

**** SOLO MRI ****

[] NO NECESITO ESTE EXAMEN

Tiene alguno de los siguientes?

- [] Si [] No Cirugia del Corazon/Valvula Cardiaca/Marcapasos. Explique: _____
- [] Si [] No Cirugia del Cerebro/Aneurismo Cerebral. Explique: _____
- [] Si [] No Shunts/Stents/Rollo Intravascular. Explique: _____
- [] Si [] No Cirugia Ocular/Implantes. Explique: _____
- [] Si [] No Dano al ojo involucrando metal o trozos de metal. Explique: _____
- [] Si [] No Prostesis del pene. Explique: _____
- [] Si [] No Alfiler Ortopedico, Tornillos, Barras, etc. Explique: _____
- [] Si [] No Neuroestimulador/Bioestimulador. Explique: _____
- [] Si [] No Terapia de Radiacion/Quimioterapia. Explique: _____
- [] Si [] No Historia de Cancer o Tumores. Explique: _____
- [] Si [] No Cirugia de Espalda (cuello/espalda). Explique: _____
- [] Si [] No Cirugia de Oido/Implantes del Caracol Oceo/Audiofono. Explique: _____
- [] Si [] No Diafragma/IUD?Pessary. Explique: _____
- [] Si [] No Implantes de metal/Puntadas de Alambre/Grapas de Alambre/Electrodos Internales. Explique: _____
- [] Si [] No Bomba para Infusion de Medicina/Bomba de Insulina. Explique: _____
- [] Si [] No Implante Defrillador Cardiaco Implantado. Explique: _____
- [] Si [] No Cables para Marcapasos, Cateter de Swann GANZ. Explique: _____
- [] Si [] No Tatuajes/Maquillaje Permanente/Aretes en el cuerpo. Explique: _____
- [] Si [] No Dentaduras, Partiales, o Implantes Dentales. Explique: _____
- [] Si [] No Heridas a Causa de Disparo, escombros, o armas de BB. Explique: _____
- [] Si [] No Opertura Para Acceso Vascular. Explique: _____

Dibuje en las figures cualquier lugar en donde tenga metal en su cuerpo:

Reconocimiento: He contestado estas preguntas segun mi conocimiento y entiendo la informacion presentada a mi. Tambien he informado al tecnologista que no me encuentre embarazada en este momento. Accedo mi consentimiento a que se me otorgue un _____

Firma del Paciente/Guardian/Padre

Firma del Tecnologista/Testigo

Fecha de Hoy

PARA USO DE LA CLINICA SOLO

Patient Education Given: [] Verbal [] Brochure [] Video Identify: _____

Patient Shielded: [] Yes [] No [] N/A BUN _____ Creatine _____ [] N/A

CONTRAST ADMINISTRATION

[] NOT APPLICABLE TO THIS EXAMINATION

_____ cc OF _____ with a _____ @ _____
Amount Type of Contrast Ga & needle type Time

X _____ In _____ Lot # _____ Expiration Date: _____
of punctures site location

Physician Covering Contrast: _____ By: _____

Power Injector used? [] Yes [] No Rate: _____ cc per _____ seconds

Contrast Reaction

Or Extravasation: [] Yes [] No Explain: _____
If additional space is needed for documentation, use patient notes form:

Discharge Instructions given? [] Yes [] No Form #: _____

