

# 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 Hgado

[ ]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 #: \_\_\_\_\_

