

CT

NOMBRE: _____ ÁREA A ESTUDIARSE: _____

¿ENTREGÓ ESTUDIOS PREVIOS? SI NO

NOMBRE DEL MÉDICO QUE REFIRIO SU ESTUDIO: _____

ALERGIAS:

¿ALERGIA A ALGÚN MEDICAMENTO? SI NO

ALERGIAS AL IODO SI NO

HISTORIAL DE ALGÚN TIPO DE ALERGIA SI NO

EXPLIQUE: _____

¿LE HAN INYECTADO ALGÚN MEDICAMENTO CON CONTRASTE? SI NO

¿SE HA REALIZADO ALGÚN ESTUDIO DE MRI, CT, RADIOGRAFÍA O ULTRASONIDO? SI NO

POR FAVOR REVISE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS Y MARQUE LAS LE CORRESPONDAN A USTED:

ASMA BRONQUIAL O AGUNA OTRA ENFERMEDAD PULMONAR

SI NO ESPECIFIQUE: _____

CÁNCER:

SI NO ESPECIFIQUE: _____

DIABETES

SI NO ESPECIFIQUE: _____

CLAUSTROFOBIA

SI NO ESPECIFIQUE: _____

HIPERTENSION ARTERIAL

SI NO ESPECIFIQUE: _____

CONDICIÓN MENTAL O PSIQUIÁTRICA

SI NO ESPECIFIQUE: _____

PADEDICIMIENTO DEL CORAZÓN

SI NO ESPECIFIQUE: _____

¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO?

SI NO ESPECIFIQUE: _____

ENFERMEDAD DE LA TIROIDE

SI NO ESPECIFIQUE: _____

¿HA SIDO OPERADO DE ANEURISMA?

SI NO ESPECIFIQUE: _____

PADEDICIMIENTO DEL HÍGADO

SI NO ESPECIFIQUE: _____

¿CIRUGIA?

SI NO ESPECIFIQUE: _____

PADEDICIMIENTO DE RINONES

SI NO ESPECIFIQUE: _____

¿ESTA USTED EMBARAZADA?

SI NO ESPECIFIQUE: _____

EPILEPSIA O CONVULSIONES

SI NO ESPECIFIQUE: _____

¿ESTÁ USTED LACTANDO?

SI NO ESPECIFIQUE: _____

ANEMIA

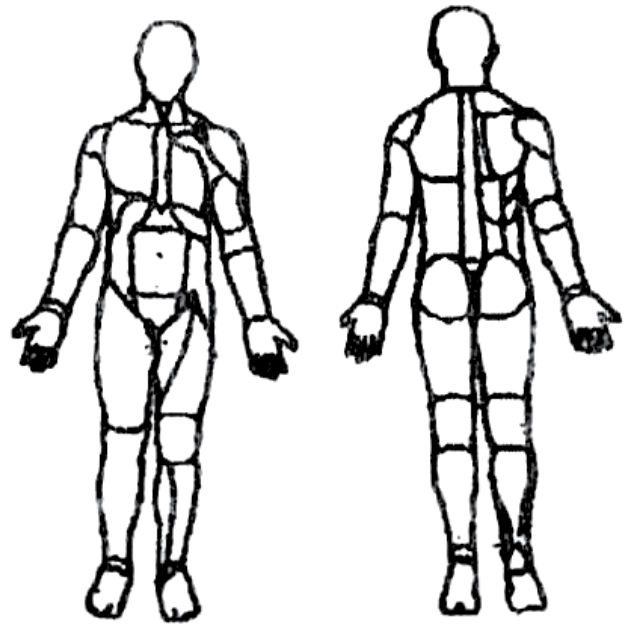
SI NO ESPECIFIQUE: _____

PADECIMIENTOS/ENFERMEDADES GASTRO- INTESTINAL

SI NO ESPECIFIQUE: _____

FAVOR DE EXPLICAR SON SÍNTOMAS O LA RAZÓN POR LA QUE LE ORDENARON A REALIZARSE ESTE ESTUDIO.

PUEDA USAR LOS DIBUJOS PARA INDICAR (✓) DÓNDE TIENE LOS SÍNTOMAS O DOLORES.



Entrevistado por: _____ (Se completará cuando esté en la oficina)

Fecha de entrevista: _____

Citado: _____

MARQUE SI APLICA ALGUNA:

- PREMEDICACION CONTRASTE ORAL CONTRASTE IV LABORATORIOS BUN & CREATININA