

Nombre: _____ Fecha: _____

CUESTIONARIO PARA (TC)

Este examen de rayos X del cuerpo se realiza por medio de un equipo especial que nos permite ver los órganos internos que no son visualizados con las radiografías tradicionales.

1. En una frase, por favor, describa cual es el problema que lo trajo a nuestra oficina este día incluya cualquiera de los síntomas que presenta: _____
2. Ha tenido otro estudio relacionado a este problema, por favor de indicar ¿qué prueba? ¿Y qué centro?

3. Por favor indique cualquier cirugía que haya tenido:

4. Alguna vez le han dicho que tiene cáncer? SI NO En caso afirmado, ¿qué parte del cuerpo fue afectado?

5. Hay alguna posibilidad de que esté embarazada? SI NO
6. Está dando pecho? SI NO

INFORMACION DE (TC) Y FORMA DE CONSENTIMIENTO

Algunos exámenes de CT requieren la inyección de un medio de contraste en el corriente sanguíneo. El uso de esta solución nos ayuda a visualizar ciertos órganos dentro del cuerpo para una determinación diagnóstica. El agente de contraste se administra a través de una pequeña aguja colocada en la vena. Los medios de contraste se consideran bastante seguro, sin embargo, cualquier inyección contiene un riesgo de daño incluyendo lesión de un nervio, arteria, vena, infección o una reacción al material que se inyecta. En ocasiones, el paciente tiene una reacción leve al medio de contraste y desarrolla estornudos y / o urticaria. Rara vez, una reacción más grave se ha sabido, incluyendo reacciones potencialmente mortales. Estas reacciones graves son muy raras. Si tiene alguna pregunta por favor de hablar con el técnico o el Radiólogo antes de su examen.

1. ¿Ha tenido alguna vez una "alergia"-como reacción a cualquier material de contraste que requiere tratamiento?
 SI NO
2. ¿Tiene alergias o asma? SI NO
3. ¿Tiene usted la presión arterial alta? SI NO
4. ¿Tiene antecedentes de mieloma, enfermedad de células falciformes, policitemia, o pheochromoytoma? SI NO
5. ¿Tiene antecedentes de enfermedad renal o diabetes? SI NO
6. ¿Usted toma Glucophage o Metaformina? SI NO

YO CERTIFICO QUE LA INFORMACION ANTERIOR ES CORRECTA A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO. DOY EL CONSENTIMIENTO PARA TENER EL PROCEDIMIENTO DESCRITO REALIZADO.

Firma del Paciente/Guardián del paciente: _____ Fecha: _____