



HISTORIAL DE CT DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Número de Expediente Médico: _____
 Centro de Imagen: _____ Fecha del Examen: _____
 Referido Por Qué Doctor: _____ Razón del Examen: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Altura: _____ Peso: _____
 Hombre Mujer: ¿Está embarazada? Si No Fecha de último Período Menstrual: _____

HISTORIAL MEDICO

Anote cualquier síntoma que tenga y crea esté relacionado con su problema: Es decir, dolor, náusea, perdido de peso, etc.

Indique las cirugías que ha tenido y para qué:
Fecha - Tipo de Cirugía

Anote si ha tenido otros exámenes relacionados con este problema: Es decir: Laboratorio, Rayos X, Ultrasonidos, Resonancia Magnética o Tomografía

Tiene o ha tenido cáncer? Si No
En caso afirmativo: Qué Tipo y que parte del cuerpo?

Examen - Fecha - Dónde

Qué tipo de tratamiento recibió?

Ya termino su tratamiento? Si No

Usted fuma o en algún tiempo fumo? Si No

Se lesionó el área de interés? Si No

En caso afirmativo, por cuántos años? _____

En caso afirmativo, los detalles a continuación: _____

Cuántos cigarrillos al día? _____

PREGUNTAS DE EVALUACIÓN

Anote cualquier medicamento que esté tomando, indique para qué son:

Tiene algún aparato médico electrónico en su cuerpo?
 Si No

(Es decir, Marcapasos, desfibriladores, neuro-estimulador Bombas de perfusión de drogas, incluyendo bombas de insulina, implantes cocleares, o implantes de retina etc.)

En caso afirmativo, indique el tipo de dispositivos:

PARA USO DEL PERSONAL SOLAMENTE

Contrast: _____ Amount: _____ cc Bolus Infusion Power Injection

Injection Site: _____ Type: Butterfly Angiocath Straight Stick

Injected By: _____ Patient Response: _____

No electronic devices Electronic device present. How handled? _____

Additional Notes: _____



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CONTRASTE DE CT IV

Nombre del Paciente: _____ Fecha del Examen: _____

INFORMACIÓN DEL CONTRASTE

Según lo solicitado por su médico, el contraste de CT puede ser necesario para ayudar al radiólogo en la valuación de su examen. El uso de esta solución ayuda a visualizar ciertos órganos dentro del cuerpo que normalmente no se ven bien y proporciona al radiólogo información necesaria para evaluar su examen.

El contraste se administra a través de una pequeña aguja que se inserta en una vena, generalmente en el interior del codo o del dorso de la mano. La Administración de Alimentos y Medicamentos ha aprobado este agente y se considera muy seguro; sin embargo, cualquier inyección tiene riesgo de daño incluyendo lesión de un nervio, arteria o vena, extravasación del contraste debajo de la piel, infección, el potencial de lesión renal; o reacción al contraste.

Un pequeño porcentaje de pacientes que recibirán contraste de CT pueden desarrollar una reacción alérgica leve, las más comunes siendo la urticaria. Algunos pacientes desarrollan estornudos, picazón o ojos llorosos. Reacciones alérgicas leves tales como éstos se tratan típicamente con un antihistamínico. Reacciones poco frecuentes, más graves podrían ocurrir, incluyendo reacciones potencialmente mortales. Estas reacciones graves son poco frecuentes.

PREGUNTAS DE EVALUACIÓN

Responda las siguientes preguntas para evaluar si está en alto riesgo de una reacción adversa al contraste.

- Si NO MUJER: Alguna posibilidad de que este embarazada? Si NO Está amamantando?
- Si NO Alguna vez ha tenido reacción al contraste de rayos X? Tipo de reacción: _____
- Si NO Alergias? En caso afirmativo, qué tipo? _____
- Si NO Tiene Asma?
- Si NO Ha tenido enfermedades del riñón o un tumor de riñón? Describa: _____
- Si NO Ha tenido cirugía de riñón / renal? Describa: _____
- Si NO Ha tenido lesión en el riñón? Describa: _____
- Si NO Tiene antecedentes de mieloma múltiple (Cáncer de la médula ósea)?
- Si NO Tiene historial de enfermedad del colágeno vascular (esclerodermia, lupus eritematoso sistémico)?
- Si NO Tiene historial de anemia de células falciformes?
- Si NO Tiene insuficiencia cardíaca o enfermedad del corazón?
- Si NO Tiene historial de diabetes? En caso afirmativo, dependiente de la insulina? Si NO

Usted toma cualquiera de los siguientes medicamentos? Circulé el medicamento de Metformina que toma.

- Si NO Metformin: Glucophage, Glucovance, Fortamet, Glumetza, Riomet, Metaglip, Avandamet, Acto Plus Met, Otro fármaco que contiene Metformina: _____
- Si NO El uso a largo plazo de fármacos antiinflamatorios sin esteroides
- Si NO El uso regular de antibióticos nefrotóxicos, como los aminoglucósidos
- Si NO Medicamentos para la hipertensión (presión alta) - En caso afirmativo, qué? _____

ATESTACIÓN DEL PACIENTE

Si tiene preguntas con respecto a su examen, favor de hablar con el Tecnólogo o Radiólogo antes de su examen.

Su firma en este formulario indica 1) Haber leído y comprendido la información proporcionada en este formulario; 2) Haber sido informado acerca de este examen; y 3) Tuvo la oportunidad de hacer preguntas.

- DOY MI CONSENTIMIENTO a recibir contraste de CT según sea necesario. (Marque el cuadro si está de acuerdo en recibir el contraste)
- RECHAZO recibir una inyección de contraste de CT en este momento. (Marque el cuadro si no está de acuerdo a recibir el contraste)

Firma Del Paciente: _____ Fecha: _____

Si el paciente es menor de edad o tiene un guardián legal el padre o guardián debe firmar el consentimiento.

Padre o Guardián: _____ Fecha: _____

Testigo (Tecnólogo / Radiólogo): _____ Fecha: _____