Información del paciente para las imágenes de CT

**Nombre del paciente:**

**MRN:**

**Ultima vez que a comido o bebido algo (incluyendo chicle o pastilla de menta):**

Si No ¿Ha tenidó algún tipo de cáncer?

*de qué clase: Corriente Tratamiento:*

Si No ¿Ha tenidó infecciones?

*Que tipo, indicar donde:*

Si No Tiene ¿diabetes?

*indiqué la medicina: Nivel glucosa de la sangre (hoy):*

Si No ¿Esta embarazada o dando pecho?

Si No ¿Ha tenido cirugías de cualquier tipo?

*Que tipo:*

Si No Es alérgico a yodo ¿(tintura)?

*indiqué que pasa:*

Si No ¿Ha tenido análisis de sangre?

*cuándo y en que lugar:*

Si No ¿Usted tiene alergias? (alimento, medicamento)

*Si sí, lista que tipo:*

**Lista las medicinas que esta tomando:**

**¿Tiene o ha tenido alguna de estas enfermedades?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Si | No | ¿Asma? |
| Si | No | ¿Cardiopatía o hipertensión (tensión alta)? |
| Si | No | ¿Insuficiencia renal o diálisis? |
| Si | No | ¿Enfermedad del riñón? |
| Si | No | ¿Cirugías de los riñones? |
| Si | No | ¿Anemia dreponocitica (Sickle Cell Anemia)? |
| Si | No | ¿Enfermedad hepatica (hígado)? |
| Si | No | ¿Enfermedad del sistema digestivo (intestinal)? |
| Si | No | ¿Artritis Reumatismo/ reuma? |
| Si | No | ¿Esta en restricción de líquidos? |
| Si | No | ¿Le han hecho rayo-x recientemente?:  |
| Si | No | ¿Le han hecho otros análisis relacionados a los estudios de hoy?  |

**Aproximado peso:**

**Firma del paciente:**

**Fecha:**

**Para el uso de la oficina solamente. No escriba por favor debajo de esta linea.**

Patient’s primary complaint:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Interviewer Signature:** |  **Date:** |  |
| **Follow-up Appointment:** |  **Date:** |  |

Rev. 4/2018