

Información del paciente para las imágenes de CT

Nombre del paciente: _____ MRN: (Para el uso de la oficina solamente) _____

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

- Si No ¿Ha tenido algún tipo de cáncer?
de qué clase: _____
Corriente Tratamiento: _____
- Si No ¿Ha tenido 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: _____