

# 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: \_\_\_\_\_