

PET/CT Bone Screening

Nombre del paciente: _____

¿Última vez que ha comido o bebido? (incluyendo chicle y mentas): _____

- Y N ¿Ha tenido algún diagnóstico de cáncer? ¿Pasado o presente?
 ¿Qué tipo?: _____
 ¿Qué tratamiento recibió?: _____
- Y N ¿Ha tenido usted operaciones, infecciones, traumas, fracturas, o artritis recientemente?
 ¿Sí? ¿En dónde?: _____
- Y N ¿Eres diabético(a)?
 ¿Sí? ¿Qué medicamentos estas tomando?: _____
- Y N ¿Estas embarazada o dando pecho?
- Y N ¿Ha tenido usted quimioterapia?
 ¿Sí? ¿Cuándo?: _____
- Y N ¿Ha tenido usted tratamiento de radiación?
 ¿Sí? ¿Cuándo?: _____
 ¿Qué parte del cuerpo?: _____
- Y N ¿Ha ido al dentista recientemente?
 ¿Sí? ¿Cuándo?: _____
- Y N ¿Tiene alergias contra el Yodo?
 ¿Sí? ¿Qué es lo que le pasa?: _____
- Y N ¿Ha tenido usted análisis de sangre?
 ¿Sí? ¿En dónde?: _____
- Y N ¿Ha tenido otro tipo de CT, MRI, o PET estudio que tenga relación con el estudio de hoy?
 ¿Sí? ¿En dónde?: _____

¿Tienes algunos de las siguientes condiciones?

- Y N ¿Anemia de células falciformes? Y N ¿Asma?
- Y N ¿Enfermedad del corazón? ¿O alta presión? Y N ¿Enfermedad del hígado?
- Y N ¿Problemas de los riñones? ¿Ha recibido diálisis?

Firma: _____

Fecha: _____

PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE.

Scan time: _____

Weight: _____

Blood Glucose level: _____

Dose Label