

Neurological PET-CT 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?
¿Sí? ¿Qué tipo?: _____
- Y N ¿Ha tenido algún diagnóstico de trastornos neurológicos o trauma al cerebro?
¿Sí? ¿Qué tipo?: _____
¿Qué medicamentos está tomando?: _____
- Y N ¿Eres diabético(a)?
¿Sí? ¿Cuándo era la última vez que se tomo sus medicamentos? _____
- Y N ¿Estas embarazada o dando pecho?
- Y N ¿Ha tenido usted operaciones del cerebro?
¿Sí? ¿En dónde? ¿Cuándo? _____
- Y N ¿Ha tenido otro tipo de CT, MRI, o PET estudio que tenga relación con el estudio de hoy?
- Y N ¿Ha tenido usted quimioterapia?
¿Sí? ¿Cuándo?: _____
- Y N ¿Ha tenido usted tratamiento de radiación?
¿Sí? ¿Cuándo?: _____
¿Qué parte del cuerpo?: _____

Firma: _____ Fecha: _____

PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE.

Scan time: _____

Weight: _____

Blood Glucose level: _____

Dose Label