

Cuestionario de Examen de Tomografía (CT)

Nombre: _____ **MRN:** _____

Fecha de nacimiento: _____ **REQUERIDO: Peso:** _____ **Estatura:** ____

¿Tiene usted alguna de las siguientes condiciones?:

1. Diabetes ☐ Sí ☐ No
2. Insuficiencia renal ☐ Sí ☐ No
3. Actualmente en diálisis ☐ Sí ☐ No
4. Liste todos los medicamentos para la diabetes:

5. _____

6. Embarazada / amamantando ☐ Sí ☐ No
7. Mieloma múltiple ☐ Sí ☐ No
8. Hipertiroidismo..... ☐ Sí ☐ No
9. Cáncer de tiroides ☐ Sí ☐ No
10. Marcapasos ☐ Sí ☐ No
11. Dentaduras parciales / removibles ☐ Sí ☐ No

¿Alguna vez ha tenido una reacción al **contraste yodado (CT iodine contrast)**? Marque todas las que apliquen:

1. ☐ Sí ☐ No Erupción / Urticaria
2. ☐ Sí ☐ No Náusea / Vómito
3. ☐ Sí ☐ No Hinchazón: ojos, cara
4. ☐ Sí ☐ No Dificultad para respirar
5. ☐ Sí ☐ No Otro _____

¿Cuáles son sus síntomas relacionados con este examen hoy?

Liste todas las cirugías previas:

¿Ha tenido algún otro examen relacionado con este procedimiento?

(Por ejemplo: Tomografía previa, Ultrasonido, MRI, Rayos X) ¿y en qué centro?

¿Hay alguna condición médica o preocupación que debamos saber?

Como parte de su examen, el radiólogo puede considerar aconsejable administrarle una inyección de contraste yodado no iónico. Sin embargo, nuestros radiólogos se reservan el derecho de negar el uso de contraste si no se considera necesario de acuerdo con las guías del ACR, debido al posible impacto que el contraste puede tener en los riñones. Algunas reacciones como náusea, vómito, cambio en la presión arterial, sarpullido u otras reacciones más severas pueden ocurrir, aunque son poco comunes.

Declaro que las respuestas que he proporcionado en este formulario son correctas según mi mejor conocimiento. He leído y entiendo el contenido completo de este formulario y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la información contenida en él.

Firma: _____ **Fecha de firma:** _____