

CT Screening Form

Nombre: _____ Inicial 2^{ndo} _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Masculino / Femenino Estatura: _____ Peso: _____ Medico: _____

Historia del Paciente:

Motivo del Examen: _____

Señales/Síntomas: _____ Duración: _____

Indique cirugías: _____

Medicamentos actuales: _____

Medicamentos de alergias: _____

¿Ha tenido exámenes de imagen relacionados con sus síntomas actuales? No / Si

En caso afirmativo, por favor anote: _____

Indique si tiene alguno de los siguientes:

- No Si Historial de "enfermedad renal" como adulto
- No Si Historial de trasplante de riñón
- No Si Disminución significativa de la función renal en el último mes informada por su médico
- No Si Diabetes
- No Si ¿Se realizó un examen de contraste en los últimos 7 días?
- No Si ¿Cirugías recientes en las últimas 2 semanas?
- No Si Presión Arterial Alta
- No Si ¿Eres mayor de 60 años?
- No Si ¿Está tomando metformina o combinaciones de medicamentos que contienen metformina (Metformina, Avandamet, Glucophage, PrandiMet, Metaglip, Riomet, Janumet, Kombiglyze, Fortamet, Glucovance, Glumetza, Actoplus Met)?

No Si ¿Alguna vez ha tenido una reacción al contraste (por ejemplo, yodo o bario)?

Si "SI" por favor describa: _____

En caso afirmativo, ¿ha sido medicado previamente para su examen hoy? No Si

¿Tiene alguna de las siguientes afecciones médicas?

- No Si Asma activa, broncoespasmo o bronquitis que requiere tratamiento
- No Si Enfermedad del corazón
- No Si ¿Actualmente se está sometiendo a diálisis? En caso afirmativo: Hemodiálisis Peritoneal
 ¿Cuanto tiempo hace que ha estado recibiendo diálisis? _____ anos _____ meses
 ¿Cuándo es su próximo tratamiento de diálisis? _____ anos _____ meses
- No Si Restricciones de fluidos
- No Si Historia de la reacción alérgica (anafiláctica) a uno o más alérgenos
- No Si Epilepsia / convulsiones No Si Historia del derrame cerebral
- No Si Historia del cáncer No Si Hepatitis o ictericia
- No Si Cuestiones gastrointestinales No Si Problemas del corazón
- No Si Problemas de la vejiga urinaria No Si Cuerpo extraño (metralla u otro fragmento metálico)
- No Si Implantes de metal
- No Si Actualmente la lactancia materna No Si Quizás Embarazada?

CONSENTIMIENTO: Doy fe de que la información anterior es correcta a mi leal saber y entender. He leído y comprendo los contenidos de este formulario y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la información en este formulario. También le informé al tecnólogo que **no estoy embarazada en este momento.**

Firma de la persona que completa el formulario: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: Mismo Cónyuge Guardian

Technologist reviewing form with patient: _____ Date: _____

(Print first and last name)