

CT Screening Form

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial 2<sup>ndo</sup> \_\_\_\_\_ 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? \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses
- ¿Cuándo es su próximo tratamiento de diálisis? \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ 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)