



ENCBASFRM

HISTORIAL DE PRUEBAS DE TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA (CAT SCAN) COMPUTERIZED TOMOGRAPHY (CT) SCAN HISTORY

Side 1 of 2

SECCION I: EL PACIENTE/REPRESENTANTE DEBE COMPLETAR ESTE FORMULARIO ANTES DE LA PRUEBA DE TOMOGRAFIA

Nombre del Médico que Ordena:
Dirección/Teléfono:
Otros Médicos que necesitan reportes:
Dirección/Teléfono:
Estatura:
Peso:
Masculino
Femenino
Edad:
¿Está o existe alguna posibilidad de que esté embarazada?
Fecha de su última regla:
Por favor explique detalladamente la razón por la cual se le hace esta prueba hoy...

Lista de otros problemas de salud:
Lista de cirugías que ha tenido:
Pruebas de Salud: ¿Ha tenido una Tomografía Computarizada antes, cuando se la hicieron y dónde?

Table with 4 columns: Cuando, Dónde, Cuando, Dónde

HISTORIAL DE CONTRASTE

¿Está tomando medicamento para diabetes?
¿Cuándo lo tomó por última vez?
¿Ha tenido una reacción alérgica al medio de contraste radiológico (tinta)?
¿Ha tomado medicamentos en preparación para esta prueba?
¿Qué medicamentos toma usted actualmente?...

Table with 5 columns: Medicina, Razón, Dosis, Frecuencia, Vía

Tiene alergia a alguna medicina y/o alimento, y cuál es la reacción alérgica:

¿Ha recibido tratamiento de radiación o quimioterapia?
Cuándo:

HISTORIAL PERSONAL

Table with 4 columns of conditions and Yes/No options: Asma, Sí Enfermedades en la Vejiga, Cáncer, Diabetes, Mareos, Dolores de Cabeza, Enfermedad en el Riñón, Enfermedad en el Hígado, Mieloma Múltiple, Enfermedades del Corazón, Presión Alta, Aparatos Implantados, Síndrome de Ovario Poliquístico, Problemas de la Próstata, Enfermedades Respiratorias, Derrame Cerebral, Trastornos Convulsivos, Células Falciformes (Sickle Cell)

Si contesto "si" a alguno de estos puntos, por favor explique:

He contestado estas preguntas bajo mi mejor conocimiento y comprendo la información que se me ha presentado. También le informe a la Tecnóloga que no estoy embarazada.

Firma del Paciente o Representante
Relación con el Paciente, Si es Representante
Fecha
Hora

Revisado por:
Technologist/Radiation Therapist's Signature/Title
Print Name
Date
Time