

Tower Radiology Centers
EVALUACIÓN DE CONTRASTE (CT/MRI/Fluoro)

FECHA: _____ EXAMEN: _____
NOMBRE DEL PACIENTE: _____ PID: _____ EDAD: _____
NOMBRE DEL DOCTOR: _____ TELEFONO: _____
Los síntomas O motivo del examen: _____

Alergias de medicina? **SI** **NO** Explica: _____

Alergias alimentarias (comidas)? **SI** **NO** Explica: _____

HISTORIA MEDICA

Embarazada? **SI** **NO** Si es así, cuanto tiempo? _____

Diabetes? **SI** **NO** Si es así, que medicamentos esta Ud. tomando? _____

Hipertensión? **SI** **NO**

Enfermedad renal (riñón)? **SI** **NO**

Célula de hoz? **SI** **NO**

Mieloma Múltiple? **SI** **NO**

Inyección de contraste anterior? **SI** **NO**

Reacción de contraste? **SI** **NO** Si es así explicar lo sucedido: _____

Ud., padece de Asma? **Severo** **Leve** **NO** Periódicamente utiliza Ud. un inhalador? **SI** **NO**

Ud. Fuma? **SI** **NO**

Por favor de poner en lista sus cirugías previas: _____

Ha tenido Ud. historia de Cáncer? **SI** **NO** Que tipo y cuando? _____ **Chemo Radiación**

Anteriores CT, MRI, X-ray? **SI** **NO** Si es así, Donde y cuando? _____

Recientes analices de laboratorio (sangre) **SI** **NO** Si es así, Donde y cuando? _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

PARA SER COMPLETADO POR EL TECNÓLOGO

BUN: _____ CREATININE: _____ GFR: _____ STAGE: _____

Technologist Comments: _____

Technologist Signature _____ Date: _____