****

**Formulario de antecedentes de tomografías computarizadas
CT History Form**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Precaución de caídas □ SÍ □ NO
PATIENT INFORMATION Fall Precaution YES NO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ApellidoLast Name** | **Nombre/inicial del segundo nombreFirst Name/Middle Initial** | **SexoGender** | **RazaRace** |
| **Fecha de nacimiento** (MM/DD/AAAA)**Date of Birth** (MM/DD/YYYY)**/ /** | **EdadAge** | **EstaturaHeight** | **PesoWeight** |

**ANTECEDENTES PERSONALES PERSONAL HISTORY**

**¿Se ha realizado un estudio de diagnóstico por imágenes previo relacionado con este problema?** □ Sí □ No
**Have you had a previous imaging study related to this problem?**  Yes No
Si la respuesta es sí, ¿qué examen? □ Tomografía computarizada □ Resonancia magnética □ Ecografía □ Radiografía □ Otro
If yes, What exam? CT MRI Ultrasound X-ray Other

**¿En qué centro?
What Facility?**

**¿Cuántas tomografías computarizadas se ha hecho en los últimos 12 meses?
How many CT exams have you had in the last 12 months?
¿Cuántos estudios cardíacos de medicina nuclear se ha hecho en los últimos 12 meses?
How many Cardiac Nuclear Medicine Studies have you had in the last 12 months?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Enfermedad cardíacaHeart Disease** | * SÍYES
 | * NONO
 | **Presión arterial altaHigh Blood Pressure** | * SÍYES
 | * NONO
 | **Enfermedad renalKidney Disease** | * SÍYES
 | * NONO
 |
| **AsmaAsthma** | * SÍYES
 | * NONO
 | **FumaSmoking** | * SÍYES
 | * NONO
 | **Insuficiencia renalKidney Failure** | * SÍYES
 | * NONO
 |
| **Enfermedad pulmonarLung Disease** | * SÍYES
 | * NONO
 | **DiabetesDiabetes** | * SÍYES
 | * NONO
 | **DiálisisDialysis** | * SÍYES
 | * NONO
 |
| **AlergiasAllergies** | * SÍYES
 | * NONO
 | Si la respuesta es sí, explique: If yes, please explain: |
| **CirugíasSurgeries** | * SÍYES
 | * NONO
 | Si la respuesta es sí, explique: If yes, please explain: |
| **CáncerCancer** | * SÍYES
 | * NONO
 | Si la respuesta es sí, explique: If yes, please explain: |
| **¿Toma clorhidrato de metformina** (Glucophage, Glucovance, Advandement, Metaglip o Fortamet)? □ SÍ □ NO**Do you take Metformin hydrochloride** (Glucophage, Glucovance, Advandement, Metaglip, or Fortamet)? YES NO**¿Alguna vez tuvo una reacción alérgica a contraste inyectable (contraste para radiografías)?** □ SÍ □ NO**Have you ever had an allergic reaction to injected contrast (x-ray dye)**  YES NOSi la respuesta es sí, explique: If yes, please explain: |

**SOLO PARA PACIENTES DE SEXO FEMENINO FEMALE PATIENTS ONLY**

Algunos procedimientos de diagnóstico por imágenes están contraindicados (no están recomendados) para pacientes que puedan estar embarazadas. Si hay alguna posibilidad de que esté embarazada, notifique a uno de los miembros de nuestro equipo. Con mi firma más abajo, reconozco que he leído y comprendo esta declaración, y declaro que no estoy embarazada y no hay posibilidad de que lo esté.
Some imaging procedures are contra-indicated (not recommended) for patients who may be pregnant. If you may be pregnant, please notify one of our team members. By my signature below, I acknowledge that I have read and understand this statement and state that I am not pregnant and there is no chance that I may be pregnant.

**¿Amamanta actualmente?**  □ SÍ □ NO Fecha de la última menstruación:
**Are you breastfeeding** YES NO Date of last period:

**RECONOCIMIENTO ACKNOWLEDGMENT**

He respondido estas preguntas a mi leal saber y entender y comprendo la información que se me presenta. Si recibiré contraste por vía intravenosa durante el procedimiento, me han informado sobre los riesgos.
I have answered these questions to the best of my knowledge and understand the information presented to me. If I am to have intravenous contrast with my procedure, I have been informed of the risks.

**FIRMA DEL PADRE/DE LA MADRE/DEL TUTOR FECHA
PARENT/ GAURADIAN SIGNATURE DATE**

**FIRMA DEL TÉCNICO FECHA
TECHNOLOGIST SIGNATURE DATE**