New York Private Medical Imaging LLP

FORMULARIO PARA REVISIÓN POR MEDICINA NUCLEAR

COMPLETADO POR EL PACIENTE

Nombre del Paciente: Fecha:

Fecha de su Cita: / / Fecha de Nacimiento: / / Edad:

Médico de Cabecera: Teléfono:

Peso:

¿Está usted embarazada? ☐Sí ☐No

¿En los últimos 6 meses ha estado amamantando? ☐Sí ☐No

SOLAMENTE PARA PACIENTES DE ESCÁN/EXPLORADOR DE TIROIDES

¿Actualmente está tomando medicina para la Tiroides? ☐Sí ☐No

¿Ha descontinuado los medicamentos para la Tiroides? ☐Sí ☐No

¿Última fecha que tomó sus medicamentos? / / ¿Nombre de medicamentos?

¿En las últimas 8 semanas, ha recibido contraste intravenoso (Radiografías, Tomografía Computarizada o Resonancia Magnética)? ☐Sí ☐No Fecha: / /

SOLAMENTE PARA PACIENTES DE ESCÁN DE RINOÑES

¿Está tomando medicina para la presión arterial? ☐Sí ☐No

Si sí, cuál es el nombre de la medicina: ¿Última fecha que la tomó? / /

COMPLETED BY TECHNOLOGIST

¿Tiene una recomendación claramente escrita? ☐Sí ☐No

¿Qué es la pregunta clínica?

¿Se entiende el estudio considerando la información clínica estipulada? ☐Sí ☐No

¿Tiene dolor el paciente? ☐Sí ☐No ¿Dónde?

¿Tiene el paciente un antecedente de Cáncer? ☐Sí ☐No

¿Qué tipo?

¿Ha tenido algún tipo de cirugía el paciente? ☐Sí ☐No

¿Qué tipo? Fecha: / /

¿Ha tenido Quimioterapia el paciente? ☐Sí ☐No Última fecha: / /

¿Ha tenido Terapia de Radiación el paciente? ☐Sí ☐No Última fecha: / /

¿Le ha explicado el estudio al paciente? ☐Sí ☐No

Technologist notes:

Technologist initials:

SCREENED BY: SCREENED WITH:

Yo verifico que las respuestas a estas preguntas están correctas y entiendo que no supliendo información o no dando información correcta puede afectar desfavorablemente la interpretación de este estudio.

Firma del Paciente: Fecha: / /