

CT SCAN PATIENT HISTORY SPANISH

Fecha: _____ Altura: _____ Peso: _____

Nombre: _____ Edad: _____

1. Por favor anote cualquier síntoma que tenga actualmente el que crea que estén relacionados con su problema (es decir, el dolor, la náusea, el peso pérdida, etc): _____

2. ¿Ha tenido otros exámenes relacionados con este problema (es decir, Laboratorio, Rayos X, Ultrasonidos, Resonancia Magnética, Tomografía anterior)? SI NO
En caso afirmativo, ¿qué prueba? _____

3. Por favor anote cualquier cirugía que haya tenido y para qué eran: _____

4. Por favor anote cualquier medicamento que esté tomando y indique para qué son: _____

5. ¿Tiene algún aparato en su cuerpo médico electrónico? SI NO
Marcapasos cardíacos, desfibriladores cardíacos implantados, neuro-estimulador,
Bombas de perfusión de drogas, incluyendo bombas de insulina, implantes cocleares,
o los implantes de retina: _____

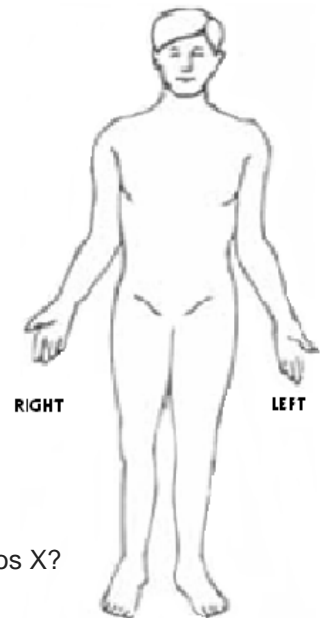
6. ¿Le han dicho que tiene cancer? SI NO
En caso afirmativo, ¿Qué parte de su cuerpo se ve afectado? _____
¿Qué tipo de tratamiento recibió? _____

¿Ya termino su tratamiento? _____

7. ¿Está usted o hay una posibilidad de que usted podría estar embarazada? SI NO

8. Por favor, indique si tiene un historial de cualquiera de los siguientes:
(Por favor responder a todas las preguntas):

- YES NO Alergias? En caso afirmativo, ¿qué tipo? _____
- YES NO Asma? YES NO Dependiente de la insulina?
- YES NO Problemas con el riñón? YES NO Reacción al contraste de Rayos X?
- YES NO Enfermedad del corazón? YES NO La anemia falciforme?
- YES NO Diabetes?



Por favor utilice el dibujo de la parte superior para indicar el area de su problema o dolor.

TECHNOLOGIST'S NOTES:

Documentation of electronic devices:

No electronic devices Electronic device present

How it was handled: _____

COMMENTS: _____

INJECTION INFORMATION:

I.V. Site: _____

Type: Butterfly Angiocath Contrast Used: _____

Amount: _____ cc Bolus Infusion Power Injection Infiltration: Yes No Amount: _____ cc

Patient Response: _____

Injected by: _____