

CT sin Historial de Contraste y Formulario de Detección

Nombre _____
Fecha _____
Fecha de Nacimiento _____ Edad _____
Peso _____ Sexo Masculino / Femenino

¿Cuál es el motivo para el CT hoy?

¿Ha tenido radiografías, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas o ultrasonidos anteriores?

Sí / No

Si respondió afirmativamente: ¿Qué? _____
¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____

Por favor responda lo siguiente:

¿Tiene antecedentes de Cáncer? Sí / No

Si respondió afirmativamente, ¿De que tipo? _____

¿Terapia de Radiación? Sí / No ¿Quimioterapia?: Sí / No

Para los Pacientes Femeninos:

¿Está embarazada? Sí / No

Fecha de su último periodo menstrual: _____

¿Está amamantando a su bebé? Sí / No

Mencione todas las cirugías previas:

Mencione todos los medicamentos que toma regularmente:

DOY FE QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES CORRECTA SEGÚN MI CONOCIMIENTO. HE LEÍDO Y ENTENDIDO TODO EL CONTENIDO DE ESTE FORMULARIO Y HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS SOBRE LA INFORMACIÓN EN ESTE FORMULARIO.

Firma: _____ Fecha: _____

Stop Here- To be completed by the Technologist

Technologist _____

Reason for exam _____

Pertinent history _____
