

Cuestionario De Paciente

En un esfuerzo para servirle mejor, le pedimos que conteste las preguntas a continuacion. El radiólogo utilizara esta información para proporcionarle la mejor interpretación de cualquier hallazgo en el examen que le realizaran.

¿Por qué su médico solicito este examen? (por ejemplo, a causa de dolor o análisis de sangre anormal u otro examen anormal).

En caso de que tengamos que comunicarnos con usted acerca de este examen, por favor proporcione su información de contacto (teléfono, dirección o correo electrónico): _____

Si usted tiene dolor, exactamente donde es mayor (por ejemplo, el interior de la rodilla derecha o la base del tercer dedo o el lado izquierdo de la cabeza)? _____

¿Por cuánto tiempo lo ha experimentado? _____

Describe cualquier lesión en el área. _____

Hasta el día de hoy, ¿ha tenido algún estudio de radiología del área que va a ser examinado _____

Si fue así, fue alguna vez en Columbia? _____

¿Qué tipo de estudio fue realizado? (rayos x, CT, MRI, ultrasonido etc..) _____

¿Ha tenido cirugía en el area que va a ser estudiado hoy? _____ Si la respuesta es sí, ¿cuándo? _____

¿Ha tenido cancer? _____ Si la respuesta es sí, ¿qué tipo? _____

¿Ha tenido radioterapia en la zona que se estudiara hoy? _____

Liste cualquier alergia que tenga: _____

¿Ha tenido algún problema relacionado con su riñon, enfermeda de riñon ó transpante de riñon? _____

¿Está o podría estar embarazada? SI () NO ()

Informar al tecnólogo si está o cree que está embarazada

¿Esta amamantando? SI () NO ()

PORFAVOR CONTESTE LAS PREGUNTAS EN ESTA CASILLA SI LE VAN A HACER UNA RESONANCIA MAGNÉTICA (MRI)

Su médico le ha informadó que tiene función renal anormal, o esta usted consciente de cualquier enfermedad del riñon que tenga
SI _____ NO _____

| | | | | | |
|---------------------------------------|----------|----------|-----------------------------|----------|----------|
| ¿Tiene un marcapasos cardíaco? | SI _____ | NO _____ | Metal en los ojos? | SI _____ | NO _____ |
| ¿Tiene clips para aneurisma cerebral? | _____ | _____ | | _____ | _____ |
| ¿Tienes alguna de las siguientes? | _____ | _____ | | _____ | _____ |
| Fragmentos (balas etc.)..... | _____ | _____ | Neuroestimulador... | _____ | _____ |
| Tornillos o placas de metal..... | _____ | _____ | Cojín de nitro ... | _____ | _____ |
| | | | Parche de nicotina.. | _____ | _____ |
| Implantes cocleares | _____ | _____ | Pompa Interna... | _____ | _____ |
| Reemplazo de la articulación..... | _____ | _____ | Dentadura postiza removible | _____ | _____ |
| Válvula cardíaca o anterior | _____ | _____ | prótesis – conjuntas..... | _____ | _____ |
| Círugia cardíaca | | | ojos, oídos, pene | | |

OTROS IMPLANTES: _____

Firma

Fecha

Imprimir su nombre como aparece en su tarjeta de seguro. Note si la tarjeta de seguros es incorrecta

Tecnólogo: _____ **Fecha:** _____