

Información del paciente para tomografía computarizada



Su doctor le ha prescrito un _____.

TODOS LOS PACIENTES, POR FAVOR COMPLETE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:	
1. ¿Tiene alergias? (en caso afirmativo, indique) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	5. ¿Tiene enfermedad del corazón? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2. ¿Tiene diabetes? (en caso afirmativo, indicar medicamentos abajo) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	6. ¿Tiene algún tipo de enfermedad del riñón? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3. ¿Existe alguna posibilidad de que este embarazada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	7. ¿Tiene mieloma Multiple? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
1. ¿Tiene asma? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	8. Fecha de nacimiento del paciente:
Tengo las siguientes alergias:	
Estoy tomando el siguiente medicamento para la diabetes:	

Nombre del paciente _____ Firma paciente o persona responsable _____ Fecha _____

INFORMACIÓN para exámenes con contraste: (Sólo complete si habiendo inyección de contraste)

Este es un examen de rayos x que requiere la inyección de material de contraste o "tinte de la radiografía" dentro de su torrente sanguíneo. El contraste mejorará el examen global al proporcionar una imagen muy clara de ciertas partes del cuerpo.

El *material de contraste* se inyecta a través de una aguja que se inserta en la vena, en el antebrazo o en el posterior de su mano. Inmediatamente después de la inyección, algunas personas sienten una sensación de calor, una sensación de enrojecimiento o un sabor metálico en la boca. Esto es normal y no hay motivo de preocupación. En algunos casos, pueden ocurrir náuseas leves. Normalmente el *material de contraste* se considera bastante seguro; sin embargo, cualquier inyección conlleva un riesgo leve de daño incluyendo una lesión a un nervio, arteria o vena, infección o reacción al material que se inyecta. Ocasionalmente, un paciente tendrá una leve reacción grave ocurre al contraste (caída repentina en la presión arterial, para cardíaco o muerte). Los médicos y el personal está capacitado para tratar estas reacciones.

Ciertos pacientes están en mayor riesgo de sufrir una reacción al material de contraste, incluyendo pacientes con la historia anterior o condiciones previas. Si usted ha tenido cualquiera de las condiciones mencionadas o pueden ser excluidas debido a uno de los siguientes, por favor indicar qué condición puede excluir diciendo si o no.

1. ¿Ha tenido alguna vez el material de contraste inyectado en sus venas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	2. ¿En caso afirmativo, usted ha tenido una reacción al medio de contraste? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
---	---

- He leído y entiendo las complicaciones y problemas que pueden ocurrir durante este procedimiento y durante el periodo de post procedimiento.
- Tengo entendido que existe un riesgo remoto de muerte o discapacidad grave con este o cualquier procedimiento.
- Certifico que he leído y entiendo esta información y todos los espacios en blanco fueron llenados en lo solicitado.

Además autorizo al médico que realice otro procedimiento que a su juicio sea necesario o aconsejable surgiera un imprevisto o circunstancia garantiza durante el procedimiento. Los detalles de este procedimiento han sido explicados en términos de que soy capaz de entender. También entiendo los riesgos. He sido informado que aunque no se esperan complicaciones, no pueden ser previstas y que por lo tanto no puede haber ninguna garantía se expresa o implícita, en cuanto a los resultados del procedimiento. El personal ha contestado a todas mis preguntas.

Autorizo y dirigo al personal para inyectar el material de contraste y proporcionar dichos cuidados adicionales y servicios que considere razonables y necesarios en caso de una complicación.

Nombre del paciente _____ Firma paciente o persona responsable _____ Fecha _____

FOR STAFF ONLY

INJECTION SITE:	TYPE OF IV:	LOT#:
CONTRAST:	AMOUNT OF CONTRAST:	EXP#:
GFR	CREATININE:	DRAWN:
SIGNATURE		