

FORMULARIO DE LA HISTORIA DEL PACIENTE POR
LAS TOMOGRAFÍAS COMPUTADAS – TC
(PATIENT HISTORY FORM FOR CT EXAMS)

Tipo de examen (Type of exam): _____

¿Cuáles síntomas tiene usted actualmente? (Which symptoms are you currently having?) _____

¿Tiene usted problemas médicos graves? (Do you have any major medical problems?)

Asma (Asthma)	_____	Sí	_____	No
Fallo renal (Kidney Failure)	_____	Sí	_____	No
Mieloma Múltiple (Multiple Myeloma)	_____	Sí	_____	No
Anemia de Glóbulos Falciformes (Sickle Cell Anemia)	_____	Sí	_____	No
Síndrome Poliquístico Ovárico (Polycystic Ovarian Síndrome)	_____	Sí	_____	No
Cardiopatía (enfermedad del corazón) (Heart Disease)	_____	Sí	_____	No

Si usted está enfermo del corazón, por favor enumere los medicamentos que usted actualmente está tomando (If you have heart disease, please list the medications that you take): _____

¿Tiene o ha tenido problemas con los riñones? (Do you have or have you had any kidney problems?) _____

¿Si tiene un médico/especialista de los riñones, cómo se llama? (What is your kidney physician's/especialist's name?) _____

Explicación de los problemas médicos notado anteriormente: _____
(Explanation of medical problems listed above)

¿Tiene usted alergias? (Do you have any allergies?) _____ Sí _____ No

Si contestó afirmativo, enumere (If yes, please list): _____

¿Tiene usted la Diabetes? (Do you have Diabetes?) _____ Sí _____ No

Si contestó afirmativo, ¿Está usted tomando Glucophage/(XR), Glucovance, Metaglip, Avandamet, Fortamet, Metformin, Riomet, Glumetza, Actoplus Met, Prandimet or Janumet o algún genérico de Metformin? (If yes, are you taking Glucophage/(XR), Glucovance, Metaglip, Avandamet, Fortamet, Metformin, Riomet, Glumetza, Actoplus Met, Prandimet or Janumet or generics?) _____ Sí _____ No

¿Ha tenido usted el cáncer? (Have you had cancer?) _____ Sí _____ No

Si contestó afirmativo, favor de contestar las siguientes preguntas:

(If yes, please answer the following questions):

¿Qué tipo? (What type?) _____

¿Cuándo le dieron el diagnóstico? (When were you diagnosed?) _____

¿Qué tipo de tratamiento le dieron? (What treatment were you given?) _____

¿Ha tenido usted un medio de contraste vía intravenosa VIV (tinte de rayos-X/IODO o YODO) en el pasado? (Have you had IV contrast (X-ray dye/IODINE) in the past?) _____ Sí _____ No

¿Si contestó afirmativo, fueron problemas con el contraste? _____ Sí _____ No

(If yes, did you experience a problem with the contrast?)

Si contestó afirmativo, ¿que tipo de problema tuvo usted? _____

(If yes, what type of problem did you have?)

¿Tiene usted Mastocytosis? (Do you have Mastocytosis?) _____ Sí _____ No

WellStar Health System

Cobb Douglas Kennestone

Paulding Windy Hill

CT History Form

Form# WS

ESI #

Pg. 1 of 2

Revision Date (07/2010)

PATIENT IDENTIFICATION STICKER

¿Hay posibilidad de que usted esté embarazada? ____Sí ____No

(Is there a possibility that you might be pregnant?)

¿Usa usted o ha usado usted productos de tabaco? ____Sí ____No

(Do you or have you used tobacco products?)

Si contestó afirmativo, ¿por cuánto tiempo? _____

(If yes, for how long?)

¿Ha tenido usted cirugía en el pecho, el abdomen o la pelvis? ____Sí ____No

(Have you received surgery on your chest, abdomen or pelvis?)

Si contestó afirmativo, explique por favor. _____

(If yes, please explain)

Firma del Paciente (Patient's signature) _____ Fecha (Date) _____

Este parte será llenado por un tecnólogo – Requerido

To be completed by the technologists- Required

Contrast used:

Omnipaque 300

Omnipaque 350

Visipaque 320

Other: _____

Injection Site:

Existing IV

Porta Cath

IV inserted

Power Picc/Port

Other: _____

Quantity:

100 ml

150 ml

120 ml

125 ml

Other: _____

Injector used: Yes No

Injection rate: _____

Injection Time: _____

Creatine Level (if indicated) _____ Date Performed _____

BUN Level (if indicated) _____ Date Performed _____

GFR Level (if indicated) _____ Date Performed _____

Bottom Section to be filled out in cases of Contrast Reaction and/or Extravasation Only

Post-Assessment

Was there a Contrast Reaction with this exam:

NO YES

If Yes, Type of reaction:

Hives N/V

Sneezing Other

List medications given:

None

Benadryl _____mg

Epinephrine _____mg

Solu-Medrol _____mg

Other: _____

Was there an Extravasation: No Yes

Physician notified of contrast reaction / extravasation:

Tech Signature: _____ Date: _____

WellStar Health System

Cobb Douglas Kennestone

Paulding Windy Hill

CT History Form

PATIENT IDENTIFICATION STICKER