



**FORMULARIO DE HISTORIAL DEL PACIENTE PARA ESTUDIOS DE
CONTRASTE Y FLÚOR**

(Patient History Form for Fluoro and Contrast Studies)

210 Building Cobb Douglas Kennestone Paulding
 WH Hospital East Cobb Towne Lake Cobb Imaging Center

*** Llene todos los espacios en blanco que sean necesarios o encierre en un círculo No/Sí**

Sección 1 (Section 1)	Nombre del paciente: (Patient Name)	Fecha: (Date)
Haga una lista de las alergias que sabe que padece: (List Known allergies)		Procedimiento: (Procedure)
¿Alguna vez le han realizado este examen? NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> (Have you ever had this exam before) (No)(Yes)		¿Alguna vez le han diagnosticado cáncer? NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> (Have you ever been diagnosed with cancer) (No) (Yes)
Si la respuesta es Sí, especifique cuándo y en dónde: (If yes specify when and where)		Si la respuesta es Sí, ¿de qué tipo? _____ (If yes, what type)
		¿Cuándo se lo diagnosticaron? _____ (When were you diagnosed)
		¿Qué tipo de tratamiento recibió? _____ (What type of treatment have you had)
Encierre en un círculo No/Sí en respuesta a las siguientes preguntas: (Circle No/Yes to the following questions)		
¿Existe alguna posibilidad de que esté embarazada? (Is there any possibility you might be pregnant)		NO (No) SÍ (Yes)
¿Ha ingerido algo de comer o beber desde la medianoche? (Have you had anything to eat or drink since midnight)		NO (No) SÍ (Yes)
¿Siguió las instrucciones de preparación que le dieron para el examen? (Did you follow the preparation instructions given to you for the exam)		NO (No) SÍ (Yes)
¿Ha experimentado problemas al tragar? (Have you experienced any trouble swallowing)		NO (No) SÍ (Yes)
¿Ha experimentado náuseas o vómitos? (Have you experienced any nausea or vomiting)		NO (No) SÍ (Yes)
¿Ha experimentado diarrea o estreñimiento? (Have you experienced any diarrhea or constipation)		NO (No) SÍ (Yes)
¿Ha experimentado sangrado rectal? (Have you experienced any rectal bleeding)		NO (No) SÍ (Yes)
¿Alguna vez le diagnosticaron una úlcera? (Have you been diagnosed with an ulcer)		NO (No) SÍ (Yes)
¿Alguna vez se ha sometido a una cirugía de esófago o abdomen? (Have you ever had surgery on your esophagus or abdomen)		NO (No) SÍ (Yes)
¿Ha estado experimentando dolor en el abdomen? (Have you been experiencing any abdomen pain)		NO (No) SÍ (Yes)
¿Ha estado experimentando algún tipo de dolor en el pecho? (Have you been experiencing any chest pain)		NO (No) SÍ (Yes)
¿Es diabético/a? (Are you a diabetic)		NO (No) SÍ (Yes)
Proporcione cualquier explicación necesaria respecto a las preguntas anteriores: (Please provide any necessary explanations to the questions above)		

To Be Filled In By The Technologist

Section 2		Pre-Assessment	
Do you have any major health problems:			
<input type="checkbox"/> High Blood Pressure		<input type="checkbox"/> Heart Disease	
<input type="checkbox"/> Kidneys		<input type="checkbox"/> Lungs	
<input type="checkbox"/> Angina			
<input type="checkbox"/> Other, Please specify: _____			
Have you experienced a previous Reaction to Contrast?		Do you take Glucophage, Glucovance, Metaglip or any generics?	
NO YES		NO YES	
If Yes, Nature of Reaction: _____		Creatinine:	BUN:
_____		Date Performed:	GFR:
		Date Performed:	Date Performed:
Contrast used:		Injection Site:	
<input type="checkbox"/> Omnipaque 180 <input type="checkbox"/> Omnipaque 300		<input type="checkbox"/> Existing IV <input type="checkbox"/> Porta Cath	
<input type="checkbox"/> Cysto conray <input type="checkbox"/> Other: _____		<input type="checkbox"/> INT <input type="checkbox"/> Other: _____	
Quantity:		Injected by:	
<input type="checkbox"/> 100 ml <input type="checkbox"/> 50 ml			
<input type="checkbox"/> Other: _____		Injection Time:	
Section 3		Post-Assessment	
Was there a Contrast Reaction with this exam:		List medications given:	
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES		<input type="checkbox"/> None	
If Yes, Type of reaction:		<input type="checkbox"/> Benadryl _____mg	
<input type="checkbox"/> Hives <input type="checkbox"/> N/V		<input type="checkbox"/> Epinephrine _____mg	
<input type="checkbox"/> Sneezing <input type="checkbox"/> Other		<input type="checkbox"/> Solu-Medrol _____mg	
Was there an Extravasation: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		<input type="checkbox"/> Other: _____	
The physician notified of contrast reaction / extravasation:			
Incident report completed: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES		Pharmacy notified: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES	
• Forward form to Risk management		• Complete Drug reaction form and send to pharmacy	

Completed by: _____ (Technologist)