



CUESTIONARIO PARA UNA TOMOGRAFÍA

NOMBRE: _____ FECHA: ____/____/____

DE CUENTA: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

Por favor complételo entero ya que nos va a ayudar a interpretar la examinación.

¿Por qué está teniendo una tomografía hoy? _____

Historial Médico (incluyendo cualquier tumor o cáncer): _____

Cirugías Anteriores: _____

Circule Uno

¿Ha tenido algo de comer hoy? SI NO

¿Ha tenido una tomografía anteriormente? SI NO

Si es así, ¿recibió un contraste de IV? SI NO

¿Tuvo una mala reacción (falta de aliento, urticaria)
al contraste IV? SI NO

¿Ha tenido una examinación anterior a esta? (sonograma, MRI, etc.) SI NO

¿Usted es diabético/a? SI NO

Si es así, ¿usted toma glucophage/metformin? SI NO

¿Está embarazada? SI NO

FIRMA: _____

For UDMI Technical Staff use

ClinicalNotes _____