

ARA-FORMULARIO DE HISTORIAL DEL PACIENTE/INYECCIÓN CON MEDIO DE CONTRASTE

Nombre _____ Fecha _____
 Peso _____ Estatura _____ Edad _____ ¿Cuándo visitará a su médico de nuevo? _____

SÓLO LOS PACIENTES DE TOMOGRAFÍA C. Y RESONANCIA MAG. DEBEN LLENAR ESTA SECCIÓN

Por favor indique qué síntomas o problemas ocasionaron que visitara a su médico y lo condujeron a hacerse esta tomografía el día de hoy. Si este es un seguimiento de rutina de una tomografía anterior, por favor indique cualquier cambio o síntoma que esté experimentando actualmente y mencione todos los tratamientos que haya recibido desde la tomografía anterior.

Tipo y fecha de la lesión (si es aplicable): _____

Los síntomas son peores en la (encierre una en un círculo): DERECHA IGUAL IZQUIERDA

¿Le han realizado algún otro estudio de generación de imágenes de la parte del cuerpo que se está examinando hoy?:

¿Generación de imágenes por resonancia magnética (MRI)?(Realizada en _____)	Sí	No
¿Tomografía computarizada? (Realizada en _____)	Sí	No
¿Gamagrafía ósea? (Realizada en _____)	Sí	No
¿Ultrasonido? (Realizado en _____)	Sí	No
¿Angiograma? (Realizado en _____)	Sí	No
¿Rayos X simples? (Realizado en _____)	Sí	No

¿Alguna vez:

ha sufrido alguna reacción a una inyección o aplicación de medio de contraste? _____	Sí	No
se ha sometido a alguna intervención quirúrgica en la parte del cuerpo que se está examinando hoy? _____	Sí	No
se ha sometido a alguna intervención quirúrgica en cualquier otra parte del cuerpo? _____	Sí	No
ha padecido cáncer o algún otro tipo de tumor? _____	Sí	No
se ha sometido a radioterapia o quimioterapia? _____	Sí	No

¿Se le ha realizado algún procedimiento de generación de imágenes anterior que requiriera una inyección de medio de contraste/colorante?

V15.08	Si es así, ¿experimentó alguna dificultad debido a la inyección del medio de contraste?	Sí	No
	¿Se le han hecho análisis de sangre recientemente?	Sí	No

¿Padece alguna de las condiciones siguientes?

250.0 Diabetes	Sí	No	¿Feocromocitoma?	Sí	No
493.90 Asma	Sí	No	¿Está tomando Glucophage? ¿Glucovance?	Sí	No
429.9 Enfermedades o problemas cardiacos	Sí	No	427.31 Fibrilación del corazón	Sí	No
518.89 Enfermedades pulmonares	Sí	No	424.1 Trastornos de la válvula aórtica (prolapso de la válvula mitral)	Sí	No
282.60 Anemia de células falciformes	Sí	No	410.92 Infarto al miocardio (ataque cardiaco)	Sí	No
411.1 Angina inestable	Sí	No	785.0 Taquicardia (velocidad del corazón anormalmente alta)	Sí	No
593.9 Enfermedad renal crónica	Sí	No	416.0 Hipertensión pulmonar primaria	Sí	No
586 Insuficiencia renal (de los riñones)	Sí	No	427.9 Disritmia cardiaca (latidos del corazón irregulares)	Sí	No
203.0 Mieloma múltiple	Sí	No	413.9 Angina de pecho (dolor del pecho severo y opresivo)	Sí	No
			799.3 Debilitación severa, describa _____	Sí	No

Por favor enumere a continuación todos los medicamentos que esté tomando actualmente y todas las alergias que padezca (a medicamentos, alimentos u otros):

_____ V14.8-a un medicamento específico

_____ V14.9-a un medicamento no específico

Alergias: _____ V15.0-distintas a la de medicamentos

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

PARA SER LLENADO ÚNICAMENTE POR EL TÉCNICO/PERSONAL DE ARA

¿Se medicó previamente al paciente para alergia al medio de contraste? Sí No PA _____ ¿Ayunó el paciente? Sí No

Acceso de IV: Hora: _____ Lugar: _____ Tamaño del catéter: _____ Número de intentos: _____

Tipo de medio de contraste inyectado _____ Volumen _____ ml. Lote # _____ Fecha de exp. _____ Hora _____ AM / PM

¿Hubo problemas alérgicos después de la inyección del medio de contraste? Sí No Si la respuesta es sí, llene el Formulario de incidentes debidos al medio de contraste.

¿Se suspendió la administración intravenosa con el catéter intacto? Sí No

¿Creatinina dentro de los límites normales? Sí No NA Si la respuesta es no, concentración de creatinina _____

Comentarios: _____

_____ **Firma completa del personal de ARA:** _____