



AUSTIN RADIOLOGICAL ASSOCIATION PATIENT HISTORY/CONTRAST FORM

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha _____
¿Cuándo es su próxima visita al médico? _____ Peso _____ Altura _____ Edad _____

Señales y síntomas _____

¿Se trata de una lesión? Sí No Si la respuesta es sí, fecha de la lesión _____ Los síntomas son peores en el lado: derecho izquierda

¿LE HAN REALIZADO PREVIAMENTE ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES EN LA PARTE DEL CUERPO QUE SE EXAMINARÁ HOY?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Imagen de resonancia magnética/tomografía por computadora	Si la respuesta es sí, realizada en: _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Gamagrafía ósea	Si la respuesta es sí, realizada en: _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ultrasonido	Si la respuesta es sí, realizada en: _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Angiograma	Si la respuesta es sí, realizada en: _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Radiografías	Si la respuesta es sí, realizada en: _____

¿HA TENIDO ALGUNA VEZ?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Le han realizado algún procedimiento de generación de imágenes anterior que requiriera una inyección de medio de contraste/colorante? Si la respuesta es sí, ¿tuvo alguna reacción o experimentó alguna dificultad debido a la inyección del medio de contraste o colorante? * (Si la respuesta es sí, explique por favor) _____	* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cirugía en la parte del cuerpo que se examinará hoy?	Si es así, explique _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cirugía en cualquier otra parte del cuerpo?	Si es así, explique _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cáncer u otro tipo de tumor?	Si es así, explique _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Radioterapia o quimioterapia?	Si es así, explique _____

¿TIENE O HA TENIDO ALGUNO DE LOS PADECIMIENTOS SIGUIENTES?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Trastorno en la válvula aórtica (prolapso de la válvula mitral)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Mieloma múltiple
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fibrilación auricular del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Feocromocitoma
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Trastornos del ritmo cardíaco (latidos irregulares)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hipertensión pulmonar primaria (no es presión arterial alta)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad renal crónica Si, explique: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Debilidad aguda (describa) _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anemia de células falciformes
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cardiopatía/problemas de corazón Si, explique: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Historial como fumador (número de años)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Toma glucofage? ¿Glucovance? (Metformina)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad hepática	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Afección pulmonar	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Lupus	

Entiendo (entendemos) que posiblemente necesite una inyección y/o una dosis oral del medio de contraste para completar el examen de diagnóstico. También entiendo (entendemos) que existe una posibilidad de tener una reacción alérgica al contraste y/o una extravasación de contraste en los tejidos que rodean el catéter intravenoso. Ambos casos pueden ser de menores a graves. Las reacciones podrían ser, pero sin limitarse a: náusea, sensación de calor, alteraciones del gusto, comezón, urticaria, erupciones, dolor de cabeza, palidez, congestión nasal, mareos, escalofríos, inflamación alrededor de la boca y ojos, ansiedad, taquicardia, hipertensión, hipotensión, respiración entrecortada, respiración resollante, espasmo de laringe, espasmo bronquial, anafilaxis, convulsiones, paro cardiopulmonar y la muerte. Las Extravasaciones (fuga hacia los tejidos) podrían ser menores con pequeñas cantidades de contraste, pero podrían ser graves si los tejidos tienen una reacción alérgica al contraste. Si el volumen de extravasaciones es demasiado grande, podría requerir intervención quirúrgica.

He leído y entiendo (hemos leído y entendemos) la información anterior y doy mi consentimiento para recibir la administración del contraste intravenoso o bien contraste oral, según se indique.

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____

TO BE COMPLETED BY TECHNOLOGIST/ARA PERSONNEL ONLY

IV Access: Location: _____ Cath size: _____ # of Attempts: _____ Employee Initial-Starting IV: _____

IV Administration: Volume _____ ml Rate _____ ml/sec Exp. Date _____ Contrast Type & Lot # _____

Employee Initial-Administering Contrast: _____ Time: _____ Employee Initial-Removing IV: _____

Patient observed for 15 minutes post contrast injection:

Patient discharged without complaints, or symptoms of adverse event? Yes No Employee Initial-Discharged By: _____

Complete a Contrast Incident Form for any adverse event; note any allergic reactions in Medication History in MI.

Notes: _____



AUSTIN RADIOLOGICAL ASSOCIATION MEDICATIONS AND ALLERGY FORM Formulario Medicamentos y Alergia

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

A continuacion, por favor escriba cualquier medicamentos que esta tomando actualmente.y tipo de alegeria a un medicamento.

Alergias: Por favor escriba cualquier tipo de alergia a un medicamento.

Medicamento:	Tipo de Reacción:	Medicamento:	Tipo de Reacción:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Medicamentos: Por favor escriba cualquier medicamento que este tomando actualmente.

Medicamento:	Dosis/Frecuencia:	Medicamento:	Dosis/Frecuencia:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____