

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?**

Sí	No	Imagen de resonancia magnética/tomografía por computadora	Si la respuesta es sí, realizada en: _____
Sí	No	Gamagrafía ósea	Si la respuesta es sí, realizada en: _____
Sí	No	Ultrasonido	Si la respuesta es sí, realizada en: _____
Sí	No	Angiograma	Si la respuesta es sí, realizada en: _____
Sí	No	Radiografías	Si la respuesta es sí, realizada en: _____

**¿HA TENIDO ALGUNA VEZ?**

Sí	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? * <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es sí, explique por favor) _____
Sí	No	¿Cirugía en la parte del cuerpo que se examinará hoy? Si es así, explique _____
Sí	No	¿Cirugía en cualquier otra parte del cuerpo? Si es así, explique _____
Sí	No	¿Cáncer u otro tipo de tumor? Si es así, explique _____
Sí	No	¿Radioterapia o quimioterapia? Si es así, explique _____

**¿TIENE O HA TENIDO ALGUNO DE LOS PADECIMIENTOS SIGUIENTES?**

Sí	No	Trastorno en la válvula aórtica (prolapso de la válvula mitral)	Sí	No	Lupus
Sí	No	Trastornos del ritmo cardíaco (latidos irregulares)	Sí	No	Mieloma múltiple
Sí	No	Cardiopatía/problemas de corazón Sí, explique: _____	Sí	No	Feocromocitoma
Sí	No	Enfermedad renal crónica Sí, explique: _____	Sí	No	Hipertensión pulmonar primaria (no es presión arterial alta)
Sí	No	Afección pulmonar	Sí	No	Debilidad aguda Describa: _____
Sí	No	Cardiopatía/problemas de corazón Sí, explique: _____	Sí	No	Historial como fumador _____ número de años
Sí	No	Diabetes	Sí	No	Enfermedad de célula falciforme _____ #cigs/day x _____ años
Sí	No	Hipertensión arterial	Sí	No	¿Toma glucofage? ¿Glucovance? (Metformina)

Alergias: \_\_\_\_\_

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, vómito, 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: \_\_\_\_\_

**PARA SER COMPLETADO SOLO POR EL PERSONAL**

Notas: \_\_\_\_\_