



CT CUESTIONARIO PARA PACIENTES

DE SEGURO SOCIAL

____ - ____ - ____

FECHA / /	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO / /
--------------	------	----------------------------

Coloque aquí la etiqueta del Paciente

Usted ha sido programado para un examen que requiere la inyección intravenosa de una sustancia que contiene yodo. Ocasionalmente existen efectos secundarios a este procedimiento. Por favor revise los puntos relacionados con usted y firme al final. Gracias por diligenciar este cuestionario.

1. ¿Ha tenido una cirugía antes (operación, artroscopia, endoscopia, biopsia) de algún tipo? Si No

Si es así, por favor nombre la fecha y el tipo de cirugía:

Tipo:

Fecha:

Tipo:

Fecha:

Tipo:

Fecha:

2. ¿Se ha practicado anteriormente algún examen de diagnóstico por imágenes?

Si es así, por favor especifique a continuación :

Si No

Procedimiento	Fecha	Parte Del Cuerpo	Nombre y Dirección del Centro	Teléfono
RESONANCIA MAGNETICA				
TOMOGRAFÍA/TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA				
RAYOS X				
ULTRASONIDOS				
MEDICINA NUCLEAR (ESCANEEO DE HUESOS, PRUEBA DE STRESS ETC.)				

3. ¿Está tomando algún medicamento o fármaco actualmente?

Si es afirmativo, por favor enumere.

Si No

4. ¿Usted padece de anemia o cualquier enfermedad que afecte su sangre, enfermedad renal o apoplejía?

Si es afirmativo, por favor enumere.

Si No

5. ¿Está tomando algún antialérgico o ha padecido de alergias?.

Si es afirmativo, por favor enumere

Si No

6. ¿Ha padecido de asma, reacción alérgica, enfermedad respiratoria, u otra reacción al yodo o cualquier otro material de contraste o tinte utilizada para la Resonancia Magnética o Tomografía?

Sí No

Si es afirmativo, por favor describa.

7. ¿Usted Padece o ha padecido de cualquiera de los siguientes síntomas o enfermedades?

Problemas Cardíacos Sí No

Problemas Sanguíneos Sí No

Problemas Renales Sí No

Apoplejía Sí No

Diabetes Sí No

Asma Sí No

Vea Aviso Importante para pacientes renales en la parte posterior.

8. ¿Está tomando algún tipo de medicamento para controlar la diabetes?

Sí No

Véa debajo información importante sobre el control de diabetes.

Por favor relacione:

9. ¿Está tomando Glucophage, Glucophage XR, Glucovance Avandamet Fortamet or Metaglip? Sí No

En caso afirmativo, póngase en contacto con su médico en 48 horas después del examen para obtener una prueba de laboratorio de creatinina

10. Si usted tiene 60 años o más por favor proporcione su fecha de nacimiento.

Fecha De Nacimiento

/ /

Véa información importante para los pacientes de 60 años, en la página siguiente

PARA MUJERES

11. ¿Está embarazada?

Sí No

Entiendo que este procedimiento/prueba puede tener un impacto negativo sobre un feto antes de nacer. Por lo tanto, si estoy embarazada, o sospecho que puedo estar embarazada, yo entiendo que debo consultar con mi médico de cabecera u obstetra / ginecólogo (OB/GYN) antes de someterme a esta prueba.

Iniciales del paciente: _____

12. ¿Estas actualmente en período de lactancia?

Sí No

FIRMA

Yo reconozco que debido a que la información anterior será revisado por un médico en relación con la ejecución de esta prueba de diagnóstico, la información que proporciono arriba debe ser exacta. Por lo tanto, yo certifico que la información anterior es verdadera y correcta.

Firma del paciente: _____

FECHA:

Firma del Médico: _____

FECHA:

Aviso importante a los:

- Pacientes mayores de 60 años de edad
- Pacientes con sospecha de insuficiencia renal
- Pacientes con diabetes

El material de contraste de yodo puede, bajo ciertas condiciones, causar la pérdida de la función renal o insuficiencia renal completa. Su médico debe tener acceso completo, con el fin de saber si puede recibir este material de contraste, el o ella debe tener la oportunidad de determinar su función renal. En consecuencia, entiendo que no pueden someterse a un TAC de contraste yodado IV con creatinina a menos que la sangre y los niveles de nitrógeno ureico en sangre sean adecuados para este procedimiento y este procedimiento podría, ser post puesta hasta que dichos niveles se puedan determinar.

Iniciales del paciente: _____

AVISO ESPECIAL PARA PACIENTES CON DIABETES

Si usted está tomando Metformina o cualquier medicamento que contenga Metformina, incluyendo pero sin limitarse a Glucophage, Glucophage XR o Riomet, o Metaglip, usted reconoce se le ha indicado que no debe tomar las dosis siguientes de dicho medicamento por dos días (48 horas) después de su TAC , a menos de que le ordene su médico. Este le puede prescribir medicamentos alternativos durante este período. Usted debe contactar a su médico para determinar si los medicamentos alternativos son necesarios hoy después del procedimiento. El material de contraste yodado que se inyectará en su cuerpo en unión con el procedimiento del TAC puede, en ciertas condiciones, causar que usted padezca de la pérdida de alguna función renal o la pérdida completa insuficiencia renal, que puede prevenir la excreción normal de la Metformina en su cuerpo y resultar en acidosis láctica, una condición causante de su muerte.

Adicionalmente usted entiende que usted debe contactar a su médico inmediatamente para que él o ella soliciten un examen de sangre para determinar sus funciones renales en el marco de las 48 horas del procedimiento del TAC.

Iniciales del Paciente: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TAC CON CONTRASTE IV

Entiendo que mi médico me ha ordenado un TAC, procedimiento que implica la inyección de yodo que contiene material de contraste dentro de mi cuerpo. Este procedimiento es desarrollado ante la supervisión de un médico. La información obtenida podrá ayudar a mi médico en el manejo y tratamiento de mi condición médica.

Riesgos y Reacciones Adversas

Exámenes que requieran inyecciones de material de contraste de yodo son desarrollados comúnmente y generalmente seguros. Sin embargo, como con cualquier procedimiento, reacciones menores pueden ocurrir como náuseas, vómitos, urticaria y picazón. Estos son síntomas temporales los cuales a menudo no requieren tratamiento. Moderadamente reacciones severas incluyendo hinchazón de la cara y el cuello., respiración con dificultad, estrechamiento de las vías respiratorias, insuficiencia renal, extravasación dentro del tejido blando, presión sanguínea inestable ocurre raramente, reacciones serias son muy raras. Estas pueden incluir shock anafiláctico con taquicardia, apoplejía, inconsciencia y paro cardíaco, es extremadamente poco probable, pero posible que este procedimiento pueda resultar con la muerte.

Doy consentimiento al TAC con contraste de yodo para determinar mi condición médica. Certifico que he recibido adecuada información que concierne a la naturaleza del examen indicado arriba y que cualquier pregunta fue respondida a mi satisfacción. También doy consentimiento en el evento del comienzo de una condición médica que requiera un tratamiento de emergencia, al tratamiento de dicha condición por el personal clínico incluyendo examinación médica y el cuidado y tratamiento de la condición de emergencia y llamar al servicio de rescate de emergencia (911). También certifico que toda la información que he proporcionado con este procedimiento es verdadera y correcta.

Yo reconozco que este centro es estrictamente un centro de examen responsable de la realización de exámenes de diagnóstico ordenados por un médico. También reconozco que este centro no es responsable por cualquier decisión que concierne el ordenamiento de exámenes o cualquier decisión en lo que se refiere a mi posterior cuidado el cual puede estar basado bajo el resultado de un examen diagnóstico. Este centro puede estar requerida bajo reglas y regulaciones que gobiernan al pago de los exámenes de diagnóstico que requieren que tanto mi médico y como yo proporcionemos con cierta información documentando la necesidad médica y lo apropiado del examen reconociendo que tal información debe ser proporcionada para este propósito, sin embargo este centro no es responsable de determinar la necesidad médica de dicho examen.

FIRMAS

Firma del Paciente:

Fecha:

Firma del Médico:

Fecha:

EVALUACION DEL MEDICO ENCARGADO

¿El cuestionario muestra alguna contradicción o razón por la qual el paciente no deba recibir la inyección de contraste? Si No

¿El paciente ha sido visualmente examinado en caso de signos de dolor, debilidad general, hinchazón en la pierna "cyspena" o insuficiencia cardiaca? Si No

¿La historia clínica contradice el exámen o la inyección de contraste? Si No

Firma del Médico Encargado:

Fecha:

HISTORIA CLINICA

Si ninguno se encuentra chequeado, no proceder. Consulte al médico encargado.

Aprobado para TAC

Si ninguno se encuentra chequeado, no proceder. Consulte al médico encargado

ALTO - El Paciente no debe realizarse el TAC Consulte al médico encargado.

Tecnólogo:

Lugar: