



SOUTHAMPTON HOSPITAL

240 MEETING HOUSE LANE, SOUTHAMPTON, NY 11968

Departamento de Imágenes

Cuestionario para el paciente de TAC

NOMBRE:	Fecha de Nacimiento:	MR#
Nombre de su Médico:	Fecha de hoy	

1. RAZÓN PARA EL TAC? _____

¿CUÁLES SON SUS SÍNTOMAS? _____

¿POR CUÁNTO TIEMPO LOS HA TENIDO? _____

2. NIVEL DE DOLOR _____ ESCALA: _____

Por favor conteste estas preguntas (circule Sí o No)

1. ¿Alguna vez ha tenido alguna reacción ALÉRGICA a la tinta de contraste?	Sí	No
2. ¿Tiene Mieloma Múltiple/ Anemia Falciforme?	Sí	No
3. ¿Tiene Asma?	Sí	No
4. ¿Tiene enfermedad del corazón?	Sí	No
5. ¿Tiene enfermedad del Riñón o está en Hemodiálisis?	Sí	No
6. ¿Tiene algún historial de Cáncer?	Sí	No
7. ¿Tiene diabetes? En caso afirmativo, ¿Por cuánto tiempo?	Sí	No
8. ¿Está tomando Metformina, Glucophage, Glucovance, Metaglip, Avandamet, Fortamet, Riomet, Actoplus Met, interleucina, Glumetza, Janumet, PrandiMet, o Kombiglyzexr? (circule)	Sí	No
9. ¿Ha tenido una mastectomía o Disección de ganglios linfáticos? ¿Qué lado?	Sí	No
10. SOLO PARA MUJERES:		
¿Hay alguna posibilidad de embarazo? o está amamantando?	Sí	No

ALERGIAS: _____

MEDICAMENTOS ACTUALES: _____ Revisado por: _____

HISTORIAL MÉDICO: _____

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: _____

Al salir del hospital, por favor dar la lista de sus medicamentos actuales a su profesional médico. Mantenga su lista de medicamentos al día y actualizada. Usted puede hacer esto mediante la revisión de su lista cuando se suspenden los medicamentos, la dosis se cambia, o se añaden nuevos medicamentos (incluyendo medicamentos de venta libre). Llevar la lista con usted en todo momento por si se presenta una situación de emergencia.

FOR RADIOLOGICAL STAFF-TO COMPLETE. (TECHNOLOGISTS AND NURSES)

Any prior exams? (when and where)? _____

Laboratory Data Creatinine = _____ eGFR = _____ Date Drawn = _____

Patient Assessment:

Alert: Y N Procedure explained: Y N Pt. Acknowledges understanding: Y N

ORAL CONTRAST: Positive/Negative Type: _____ Amount: _____

IV Contrast: _____, volume _____ ml, Location # _____ g in _____, Power or Hand injection

ADDITIONAL NOTES: _____

DISCHARGE INSTRUCTIONS:

1. Drink several extra glasses of fluid today. Y or N 2. Diabetic Instructions given Y or N/A

Injection by: RN/Physician Signature: _____ Technologist: _____



CO0010



Autorización para el Contraste Intravenoso

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Su médico ha solicitado realizar una Tomografía Computarizada con intravenoso de _____. Esta prueba utiliza técnicas de imagen especializadas para ver anatomía particular dentro de su cuerpo. El médico le ordenó este procedimiento con la expectativa de que va a proporcionar la información necesaria para comprender mejor y tratar su problema médico.

Como parte de este examen se le dará un medio de contraste no iónico a base de yodo a través de un pequeño catéter que se coloca en una vena. Este medio de contraste se inyecta, mientras que la formación de imágenes se lleva a cabo. Normalmente, puede experimentar una sensación cálida ruborizada, un sabor metálico en la boca, y rara vez, una ola de náuseas leves.

Sin embargo, puede haber una reacción de tipo alérgico al contraste. La mayoría de las reacciones se producen dentro de los 20 minutos siguientes a la inyección. Los médicos y el personal del Departamento de Radiología están capacitados para tratar estas reacciones si se producen.

REACCIONES MENORES: picazón, urticaria, estornudos, pueden o no requerir tratamiento.

REACCIONES GRAVES: dificultad para respirar, latidos cardíacos irregulares, dificultad para tragar, hinchazón de la cara, presión arterial anormal, pérdida del conocimiento, insuficiencia renal, infarto del miocardio y / o paro cardíaco.

REACCIONES FATALES: En raras ocasiones, como ocurre con muchos fármacos, los medios de contraste pueden causar la muerte. La probabilidad es extremadamente rara.

Ciertos pacientes corren un mayor riesgo de efectos adversos, incluyendo aquellos con antecedentes de múltiples alergias y asma.

Ciertos pacientes corren un mayor riesgo de insuficiencia renal: (diabetes, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal). Si usted es capaz médicamente de consumir muchos líquidos durante 8 horas después de la prueba le ayudará a minimizar los efectos.

Si tiene alguna pregunta consulte con la enfermera o el técnico de radiología. Hay un Radiólogo disponible para hablar con usted sobre su solicitud.

Mujeres 12-55 años: Creo que **no estoy embarazada** ni soy una madre lactante. _____ (Iniciales de la Paciente)

He leído y entendido lo anterior y todas mis preguntas han sido contestadas. SÍ NO

(Firma del Paciente)

(Fecha)

(Padre/Tutor Legal)

(Fecha)

(Testigo)

(Fecha)

(Médico)

(Fecha)