

M  F

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

1. ¿Tiene antecedentes de cáncer? Sí  No

En caso afirmativo, ¿qué tipo, dónde y en qué año?

Mama \_\_\_\_\_ / Próstata \_\_\_\_\_ / Pulmón \_\_\_\_\_ / Colon \_\_\_\_\_ / Otro \_\_\_\_\_

2. ¿Se ha realizado previamente algún estudio de imagen del área del cuerpo que se examinará hoy? Sí  No

-En caso afirmativo, ¿qué tipo?  TC (Tomografía Computarizada)

RM (Resonancia Magnética)  Ultrasonido  Rayos X  Otro

Fecha (año)/Institución: \_\_\_\_\_

3. ¿Ha tenido cirugías previas? Sí  No

-En caso afirmativo, ¿qué tipo? Vesícula biliar \_\_\_ / Apéndice \_\_\_ / Otro \_\_\_\_\_

Fecha (año)/Institución: \_\_\_\_\_

4. ¿Cuál es el motivo de su visita el día de hoy? (Describa el problema, el/las área(s) afectada(s) y cuándo comenzó) \_\_\_\_\_

5. ¿Tiene antecedentes de asma? Sí  No

6. ¿Ha tenido una crisis de asma en las últimas 24 horas? Sí  No

7. ¿Usa inhalador para el asma o medicamento oral para el asma todos los días?

Sí  No

8. ¿Alguna vez ha sido hospitalizado(a) por asma? Sí  No

9. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave que haya requerido hospitalización o el uso de epinefrina? Sí  No

10. ¿Se ha realizado algún estudio con medio de contraste en los últimos 5 días?

Sí  No

11. ¿Alguna vez ha tenido una reacción al medio de contraste para rayos X o TC (tinte para rayos X/TC)? Sí  No

-En caso afirmativo, ¿qué reacción presentó? \_\_\_\_\_

12. ¿Alguna vez ha tomado o le han indicado tomar un medicamento esteroide como preparación para un estudio de rayos X o TC con contraste? Sí  No

13. En caso afirmativo, ¿ha tomado un medicamento esteroide como preparación para el estudio del día de hoy? Sí  No

14. ¿Se identifica como afroamericano, caucásico o hispano? Sí  No

**Antecedentes médicos (marque todos los que correspondan):**

- Enfermedad renal
- Diálisis
- Trasplante de riñón
- Riñón único
- Cáncer renal
- Cirugía renal
- Toma medicamentos para la presión arterial alta
- Antecedentes cardíacos
- Angina
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Estenosis aórtica severa
- Hipertensión pulmonar
- Cardiomiopatía severa
- Miastenia gravis
- Mieloma múltiple
- Diabetes
- Toma metformina
- Lactancia materna
- No aplica

**Información importante:**

- Generalmente se considera seguro continuar con la lactancia materna después de recibir medio de contraste. Sin embargo, es su decisión y, si tiene alguna inquietud, puede suspender la lactancia durante 24 horas después de la inyección del contraste.
- Se recomienda suspender la metformina 2 días después del procedimiento. Verifique con su médico si esto aplica en su caso.
- Su médico ha solicitado que se le realice una tomografía computarizada (TC). En ciertos casos, el radiólogo puede determinar que la utilidad del estudio mejore mediante la administración de medio de contraste yodado intravenoso. La mayoría de los pacientes no presenta efectos inusuales aparte de una sensación de calor o enrojecimiento leve, lo cual es muy común. Como con la administración de cualquier medicamento, existen algunos riesgos, generalmente leves y temporales, como náuseas leves o sabor metálico en la boca. También pueden presentarse reacciones menores como comezón, estornudos o algunas ronchas. En raras ocasiones pueden presentarse reacciones más graves, incluyendo falla renal, tromboflebitis, necrosis cutánea y, en casos extremadamente raros, la muerte. Nuestras instalaciones cuentan con el equipo necesario para tratar inmediatamente estas reacciones poco comunes. Al solicitar este estudio, su médico ha determinado que la información diagnóstica obtenida supera los riesgos (generalmente mínimos) del procedimiento. El personal de radiología puede responder cualquier pregunta específica que tenga.
- Entiendo la explicación que se me ha proporcionado y otorgo mi consentimiento para la realización de la tomografía computarizada con contraste.

Firma del paciente/Tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_