

**CUESTIONARIO/EVALUACIÓN PARA PACIENTES AMBULATORIOS
DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA E IMAGENOLOGÍA MÉDICAS**

Información y antecedentes del paciente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

Médico que ordena: _____

Examen(es) que se realizarán el día de hoy: _____

Explique brevemente, a su leal saber y entender, la razón de este examen: _____

¿Cuál es su idioma materno? _____

1. ¿Necesita ayuda para caminar y/o para ponerse de pie? Sí No

2. ¿Sufre el riesgo de caerse? Sí No

3. ¿Se ha caído recientemente? Sí No

Fecha de la caída reciente: _____ Explique brevemente: _____

4. ¿Alguien lo acompaña el día de hoy? Sí No

5. ¿Sabe de alguna alergia que tenga a productos hechos de látex? Sí No

6. ¿Es alérgico(a) a algún medicamento? Sí No

Si su respuesta es afirmativa, ¿qué tipo(s)?: _____

7. ¿Es diabético? Sí No

Pacientes de radiografías, tomografías y ultrasonido

8. ¿Se ha sometido a un tratamiento con quimioterapia? Sí No

9. ¿Alguna vez se ha sometido a una radioterapia? Sí No

10. ¿Alguna vez ha tenido cualquier tipo de cáncer? Sí No

Tipo de cáncer: _____ Fecha en que lo diagnosticaron: _____

11. Por favor, mencione todos los procedimientos quirúrgicos: _____

12. ¿Se ha sometido a algún estudio previo de imagenología? Sí No

*Si la respuesta es afirmativa, por favor, indique a continuación:

<u>Tipo de estudio</u>	<u>Fecha</u>	<u>Instalaciones</u>
Radiografías (rayos X)	_____	_____
Tomografía Computerizada (TAC)	_____	_____
Medicina nuclear (gammagrafía ósea)	_____	_____
Imagenología por resonancia magnética	_____	_____
Ultrasonido (ecografía)	_____	_____
Otro	_____	_____

**BAYLOR UNIVERSITY MEDICAL CENTER
DALLAS, TEXAS**



51221SP (Rev. 08/09)

**OUTPATIENT QUESTIONNAIRE
& ASSESSMENT**

RAD-024

**CUESTIONARIO/EVALUACIÓN PARA PACIENTES AMBULATORIOS
DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA E IMAGENOLÓGÍA MÉDICAS**

Cuidado individualizado para pacientes

1. ¿Qué puedo hacer por usted para asegurarme de que reciba el mejor cuidado el día de hoy?

2. ¿Existe alguna necesidad/consideración especial que debamos conocer?

Lista de medicamentos

Por favor, mencione todos los medicamentos que toma actualmente:

Fecha	Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia

Firma del paciente/proveedor de cuidados

Fecha

Firma del médico clínico (es decir, el asistente médico)

Fecha

Firma clínica (es decir, del técnico)

Fecha

BAYLOR UNIVERSITY MEDICAL CENTER

DALLAS, TEXAS



51221SP (Rev. 08/09)

**OUTPATIENT QUESTIONNAIRE
& ASSESSMENT**

RAD-024

**SISTEMA DE CUIDADO DE LA SALUD DE BAYLOR
ANTECEDENTES DEL PACIENTE SOBRE MEDIOS DE CONTRASTE**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Altura: _____ Peso: _____

1. Por favor indique si usted tiene alguno de los siguientes*:

- Antecedentes de enfermedades renales como adulto o antecedentes familiares de problemas renales
- Antecedentes de trasplante de riñón
- Antecedentes de enfermedades hepáticas
- Diabetes
- Síndromes o enfermedades de paraproteinemia (por ejemplo, mieloma)
- Enfermedad vascular del colágeno (por ejemplo, lupus)
- Estudio de contraste reciente (por ejemplo, en los últimos 7 días)
- ¿Cirugías recientes? Si es así, por favor indique: _____
- Drepanocitosis

Determinados medicamentos:

- Metformina o combinaciones de medicamentos que contengan metformina (Metformina, Avandamet, Glucophage, Glucophage XR, Actoplus Met)
- Uso habitual de antibióticos nefrotóxicos, como aminoglicósidos o medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (por ejemplo, Motrin, Aleve)

* **Si marcó alguno de los casilleros anteriores, por favor comuníquelo a su tecnólogo ahora. Es posible que necesite instrucciones especiales y análisis de sangre adicionales para evaluar su función renal antes de recibir los medios de contraste por vía intravenosa (IV).**

2. ¿Ha tenido alguna reacción alérgica a medios de contraste intravenosos (por ejemplo, yodo o gadolinio)?

SÍ NO

Si su respuesta es "Sí", por favor describa*: _____

* **Si es así, según su respuesta es posible que requiera medicación adicional antes de recibir los medios de contraste intravenosos, los medios de contraste no intravenosos o el estudio por imágenes.**

3. Tiene antecedentes de las siguientes condiciones médicas:

- Asma (si tiene asma, broncoespasmo o bronquitis activos que requieren tratamiento, por favor comuníquelo a su tecnólogo **ahora**)
- Enfermedades cardíacas (angina, insuficiencia cardíaca congestiva, estenosis aórtica, hipertensión, hipertensión pulmonar primaria, cardiomiopatía severa pero bien compensada)
- Antecedentes de reacciones alérgicas (anafilácticas) a uno o más alérgenos

Firma: _____ Fecha: _____
(Paciente, padre o tutor)

Para ser completado por el tecnólogo que realizará el examen

____ Examen realizado según protocolo ____ Examen realizado por un médico / Nombre: _____

Contraste intravenoso – Tipo/cantidad/tasa/lugar: _____ Contraste oral – Tipo/cantidad: _____

Creatinina: _____ Fecha de resultados: _____ Tasa de filtración glomerular estimada: _____

Tecnólogo: _____ Fecha: _____

SISTEMA DE CUIDADO DE LA SALUD DE BAYLOR



BHCS-49045 (Rev. 01/08)

**ANTECEDENTES DEL PACIENTE SOBRE MEDIOS
DE CONTRASTE**