

**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