

PARK WEST RADIOLOGY

FORMULARIO PARA REVISIÓN POR TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA/ARTROGRAMA

COMPLETADO POR EL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____
Fecha de su Cita: / / Fecha de Nacimiento: / / Edad: _____
Médico de Cabecera: _____ Teléfono: _____

¿Es alérgico a algunos de los siguientes?
¿Pescado o todo tipo de marisco? Sí No ¿Abejas o picaduras de insectos? Sí No
¿Productos de almendras, nueces, etc.? Sí No
¿Tiene alergias a algún otro tipo de comidas, productos o medicinas? Sí No
Si su respuesta es positiva, por favor explique:

¿Padece usted de algunas de las siguientes condiciones?
¿Enfermedad del corazón? Sí No ¿Mieloma Múltiple? Sí No
¿Enfermedad de los pulmones? Sí No ¿Diabetes? Sí No
¿Enfermedad ó disfunción de los riñones? Sí No ¿Le falta la respiración? Sí No
¿Actualmente está bajo tratamiento con antibióticos? Sí No
¿Tiene Asma? Sí No Por favor describa:
Enumere las medicinas que toma para lo arriba mencionado:

Si está tomando la medicina "Glucophage", "Metformin" o "Glucovance", por favor llame a Park West Radiology (212-874-6362) antes de su cita.

Enumere cirugías previas con las fechas:
¿Ha tenido inyecciones de contraste anteriormente? Sí No
Anote si ha tenido algún problema relacionado con la inyección de contraste intravenosa:
¿Ha sido diagnosticado con cáncer? Sí No
Fechas de su Terapia de Radiación:
Quimioterapia y fechas:
¿Está bajo tratamiento con diálisis actualmente? Sí No Fecha de su próximo tratamiento: / /

Fecha de su último periodo/menstruación: / / ¿Está embarazada? Sí No

¿Actualmente está amamantando? Sí No

¿Ha sido fumador? Sí No Si ha dejado de fumar, ponga la fecha aproximadamente: / /

SOLAMENTE SE REFIERE A PACIENTES QUE HAN TOMADO MEDICAMENTOS PARA EL PROCEDIMIENTO:

¿Le han dado medicamentos para prepararlo para este examen? Sí No

¿Ha terminado su medicamento? Sí No

SCREENED BY: _____ SCREENED WITH: _____
Technologist comments: _____ Technologists initials: _____

Yo verifico que las respuestas a estas preguntas están correctas y entiendo que no supliendo información o no dando información correcta puede afectar desfavorablemente la interpretación de este estudio.

Firma del Paciente: _____ Fecha: / /

PARK WEST RADIOLOGY

CONSENTIMIENTO PARA REVISIÓN POR TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA(ARTROGRAMA)

***(Por favor firme el día de su cita)**

CONSENTIMIENTO

Como parte de mi examen, yo consiento a recibir material de contraste intravenoso. Este material de contraste intravenoso será administrado a través de una aguja puesta en la vena. Las indicaciones de este procedimiento me han sido explicadas. También me han explicado que las posibles reacciones del contraste, mientras poco comunes, pueden incluir reacción alérgica leve a grave, hinchazón ó infección del sitio que ha sido inyectado, sangrar, dificultad al respirar, baja presión arterial, y disfunción de los riñones. Hay dos tipos de contraste que se pueden utilizar para su examen. Los nuevos, no-iónicos agentes de contraste, son menos probables de causar reacciones que los agentes utilizados en el pasado. Como la salud de nuestros pacientes es nuestra preocupación principal, nosotros no utilizamos el contraste iónico más antiguo. Nuevos agentes de contraste son más costosos y su uso añade un gasto adicional de \$125.00 al costo del examen. Algunas compañías de seguros reembolsan el costo adicional.

Firmando abajo, yo estoy de acuerdo a pagar la cantidad si mi compañía de seguros no me reembolsa. Yo, además, consiento a la administración de estas medicinas, infusiones y otros tratamientos necesarios en la opinión del Radiólogo, si una reacción ocurre.

Firma del Paciente:

Testigo:

Fecha:
