



6 Tsienneto Road · Suite LL100 · Derry NH · 03038  
Phone 603-537-1363

# Formulario para examen CT para pacientes - Parte A

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha del examen: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Examen solicitado: \_\_\_\_\_  
 N.º de expediente médico: \_\_\_\_\_ Médico que remite/Especialidad: \_\_\_\_\_  
 Peso declarado del paciente: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 Nombre del centro: \_\_\_\_\_ Dirección del paciente: \_\_\_\_\_  
 Código postal del paciente: \_\_\_\_\_

Motivo del examen: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DEL PACIENTE** Es posible que para los elementos marcados con un asterisco (\*) se requiera un mayor análisis por parte del técnico y radiólogo. (\*\*) Si está embarazada, es necesario que firme un consentimiento informado. Documentar cualquier aprobación verbal en la Parte B.

** Embarazada	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Antecedentes de cáncer	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
* Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Indique qué tipo _____		
* Medicamentos orales para la diabetes (Glucophage, metformina, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quimioterapia _____	Radiación _____	
* Alergia al tinte intravenoso o al látex	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Accidente cerebrovascular previo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
* Está amamantando	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Implante metálico/prótesis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
* Mieloma múltiple	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Dispositivos ortopédicos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
* Diálisis renal/falla/insuficiencia renal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Grapas quirúrgicas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
* Anemia de células falciformes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Epilepsia (ataques)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
* Marcapasos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Poco cooperativo o desorientado	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
* Bomba de infusión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Claustrofobia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
* Neuroestimulador	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	No puede mantenerse quieto	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
* Dispositivos médicos externos o implantados	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Dificultad para tragar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
* Asma/enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)/enfisema	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Prótesis dentales removibles	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Aparatos de ortodoncia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Ritmo cardiaco irregular	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			
Antecedentes de caídas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es afirmativa, especifique la fecha de la caída más reciente: _____		

Enumere las cirugías anteriores: \_\_\_\_\_

Marque la siguiente casilla si se realizó con anterioridad un estudio de imágenes similar en la parte del cuerpo que se examinará hoy.

Si la respuesta es afirmativa, especifique el área

Resonancia Magnética (MRI) previa	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
Tomografía computarizada (CT) previa	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
Tomografía por emisión de positrones (PET) o tomografía por emisión de positrones y tomografía computarizada (PETCT) previas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
Radiografías previas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____

Es posible que algunos factores como el peso, la complexión del paciente y el tipo de examen determinen si se puede realizar el examen.

Entiendo los riesgos de realizarme una radiografía durante el embarazo. No creo estar embarazada. Inicial: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Padre, madre o tutor si el paciente es menor de edad o está incapacitado)

Parentesco: \_\_\_\_\_

He revisado esta información con el paciente o su tutor legal, apoderado legal, pariente, etc.

Firma de la persona que realiza la entrevista: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del técnico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# Formulario para examen CT para pacientes - Parte B

6 Tsienneto Road · Suite LL100 · Derry NH · 03038  
Phone 603-537-1363

Nombre del paciente (apellido, nombre): \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### CONTRASTE

Su médico o radiólogo puede considerar necesario que se le aplique una inyección intravenosa con un líquido de contraste que contenga yodo para mejorar la calidad del examen de tomografía computarizada (CT). Aunque los agentes de contraste con yodo se han utilizado de manera segura en millones de pacientes, es posible que se presenten reacciones leves (especialmente dolor de cabeza, comezón, urticaria o náuseas). Otras complicaciones más graves, como problemas cardíacos, renales y respiratorios, un shock o la muerte, son muy poco frecuentes, pero pueden llegar a presentarse. Si toma medicamentos para la diabetes, como Glucophage, Glucovance, Actos Plus o metformina, tome en cuenta que debe dejar de tomarlos cuando se realice el examen o antes y que **debe comunicarse con su médico** para recibir instrucciones antes de volver a tomar los medicamentos.

**He leído y entiendo la información anterior y han respondido mis preguntas. Acepto realizarme el procedimiento de tomografía computarizada y que me apliquen la inyección de contraste si se considera necesario.**

¿Alguna vez se le ha administrado una inyección con material de contraste?  Sí  No

Antecedentes de reacciones previas  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, explique \_\_\_\_\_

Peso declarado del paciente \_\_\_\_\_ Tasa de filtración glomerular estimada (eGFR) \_\_\_\_\_

Nitrógeno ureico en sangre (BUN) \_\_\_\_\_ Rango de referencia: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

CREATININA \_\_\_\_\_ Rango de referencia: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(padre, madre o tutor si el paciente es menor de edad o está incapacitado)

Control posterior a la inyección: Hora: \_\_\_\_\_

¿Ha cambiado la condición del paciente desde que se le aplicó la inyección? No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_

Si la respuesta es afirmativa, especifique el cambio: \_\_\_\_\_

¿Es alérgico a algún medicamento, a los mariscos, a los crustáceos o al látex?

Sí  No Si la respuesta es afirmativa, enumere:

1 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_

El paciente desconoce los medicamentos actuales.  El paciente no toma medicamentos.

### Enumere los medicamentos que ha tomado el paciente hoy y todos los medicamentos que toma actualmente:

(Incluya los anticonceptivos y medicamentos de venta libre, ungüentos, productos a base de hierbas, vitaminas, etc.)

1 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_

Nombre del contraste _____
Cantidad _____
N.º de lote _____
Fecha de vencimiento _____
Lugar de la inyección _____
Dispositivo utilizado _____
Velocidad de administración _____
Iniciales del técnico _____

Nombre del contraste oral _____
Cantidad _____
N.º de lote _____
Fecha de vencimiento _____
Administrado por _____
Cargo _____

### Obstáculos para el aprendizaje Sí No

<u>Tipo:</u>	<u>Intervención:</u>
<input type="checkbox"/> Idiomas	<input type="checkbox"/> Se usó un intérprete
<input type="checkbox"/> Audición	<input type="checkbox"/> Se repitieron las preguntas
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Familia/pareja

Si el paciente se automedicó (con medicamentos que no son de rutina) contra la ansiedad o la claustrofobia específicamente para el procedimiento de hoy, ¿alguien puede manejar en su lugar?  Sí  No  No se aplica. El paciente no tomó un medicamento antes

Antes del alta, ¿se revisó al paciente y se encontró alguna deficiencia en sus funciones?  Sí  No Si la respuesta es afirmativa, ¿se le comunicó al médico supervisor?  Sí  No Si el paciente se rehúsa a ser revisado, notifique al médico supervisor y al personal de Alliance para que cumplan con la política N.º 5023.

Comentarios: \_\_\_\_\_

### RECEPCIÓN DE ÓRDENES VERBALES, RESULTADOS DE LA PRUEBA, MODIFICACIONES U OTRAS INSTRUCCIONES Sí No

Información recibida: \_\_\_\_\_

Información anotada y confirmada con \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Firma del técnico: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Instrucciones posteriores a la inyección administrada (se aplica a todos los pacientes que reciben una inyección).  Sí  No  No se aplica

Se le informó al paciente sobre sus derechos y se le dio la oportunidad de realizar preguntas o manifestar inquietudes.  Sí  No

Se entregó el informe de transferencia al siguiente proveedor de atención. Se proporciona la lista de medicamentos, si la hay.  Sí  No  No se aplica

Si se trata de un proveedor minorista, se proporcionaron al paciente los Derechos y las responsabilidades del paciente.  Sí  No  No se aplica

Se utilizó la técnica de reducción de dosis.  Sí  No En caso de que la respuesta sea negativa, ¿por qué? \_\_\_\_\_

¿Las llamadas de recordatorio del paciente para este sitio las realizan los miembros del equipo (TM) de Alliance?  Sí  No  Registro Médico Electrónico (EMR)

Si respondió afirmativamente a lo anterior, y esto NO se documentó en un EMR o Intergy, llene la fila siguiente.

Nombre del TM: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Resumen: \_\_\_\_\_

Firma de un miembro del equipo: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Comentarios del técnico \_\_\_\_\_