

Estimado paciente: Si Usted es mujer **DAR AVISO** ante embarazo y/o sospecha de estar embarazada. Solicitamos responder las siguientes preguntas con letra clara.

Si tiene dificultades o dudas pida ayuda en recepción

PROCEDIMIENTO A REALIZAR

DATOS DEL PACIENTE

| | | |
|----------------------|---------------------|-----------|
| Nombre: | Rut: | Edad: |
| Fecha de nacimiento: | Correo electrónico: | Peso Kg: |
| Dirección: | Teléfono: | Estatura: |

RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS (X) Sí | No

| | | |
|---|--------|--|
| ¿Le han inyectado alguna vez medio de contraste yodado? | | |
| ¿Presentó alguna reacción alérgica? | | |
| ¿Tiene otros antecedentes alérgicos? (Medicamento, alimento, factor ambiental) | | |
| ¿De qué tipo? | | |
| ¿Se encuentra premedicado? | | |
| ¿Está Ud. embarazada? | No sé: | |
| Fecha de última menstruación: | | |
| ¿Está amamantando? | | |

| | | Sí | No |
|--|--|----|----|
| ¿Tiene válvula cardíaca? | | | |
| ¿Sufre claustrofobia? (Miedo a espacios cerrados) | | | |
| ¿Tiene marcapasos? | | | |
| ¿Tiene implantes cocleares o auditivos? | | | |
| ¿Uso de prótesis dental? | | | |
| ¿Tiene piercing? | | | |
| ¿Fuma? | | | |
| ¿Cuántos fuma al día? | | | |
| ¿Desde cuándo? | | | |

INDIQUE SI PRESENTA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES. MARQUE (X) Sí | No

| | | |
|------------------------------------|--|--|
| Enfermedades a los riñones | | |
| ¿Cuál? | | |
| Toma medicamentos en forma crónica | | |
| ¿Cuáles? | | |
| Consume metformina | | |
| Otro similar ¿Cuál? | | |
| Tratamientos de quimioterapia | | |
| ¿Cuánto tiempo y cuándo? | | |
| Radioterapia | | |
| ¿Cuánto tiempo y cuándo? | | |
| Inmunoterapia | | |
| ¿Cuánto tiempo y cuándo? | | |
| Asma | | |
| Mieloma múltiple | | |

| | | Sí | No |
|----------------------------|--|----|----|
| Enfermedades al corazón | | | |
| Diabetes | | | |
| Gota | | | |
| Paciente con un solo riñón | | | |
| Hipertensión | | | |
| Epilepsia | | | |
| Lupus | | | |
| Resistencia a la insulina | | | |
| Hipertiroidismo | | | |
| Antecedentes miasténicos | | | |
| Glaucoma | | | |

Otras enfermedades: _____

Describa sus molestias y desde cuándo las presenta: _____

CIRUGÍAS (Marque con una X si le han extraído u operado alguno de estos órganos)

| | | | |
|----------|---------------|-----------|---------------|
| | Indique fecha | | Indique fecha |
| Vesícula | _ / _ / _ | Hígado | _ / _ / _ |
| Apéndice | _ / _ / _ | Intestino | _ / _ / _ |
| Riñón | _ / _ / _ | Estómago | _ / _ / _ |
| Útero | _ / _ / _ | Próstata | _ / _ / _ |
| Ovarios | _ / _ / _ | Pulmón | _ / _ / _ |

Otros: _____

Firma de paciente o representante

USO EXCLUSIVO DE SAN LORENZO

Paciente premedicado: Sí No Medio de Contraste EV: _____ ML _____

Ayuno: _____ Hrs. VFG: _____ Creatinina: _____ Hidratación: Sí No Vol: _____

Inst de WP: _____ Sitio de Punción: _____ D°: _____ I°: _____ Suero EV: Sí No Vol: _____

Asignado a: _____ Complemento: _____ Nulo: _____ Entrega DVD: _____

Nombre y firma tecnólogo médico responsable: _____ Fecha: _____