

Estimado paciente: **DAR AVISO** ante embarazo y/o sospecha de embarazo.

Solicitamos responder las siguientes preguntas con letra clara.

Pida ayuda en recepción si tiene dificultades o dudas

Hora de examen asignado a:

Entrega DVD:

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 o marcapasos?		
¿Sufre claustrofobia? (Miedo a espacios cerrados)		
¿Tiene implantes cocleares o auditivos?		
¿Uso de prótesis dental?		
¿Tiene piercing?		
¿Fuma?		
¿Cuántos fuma al día?		
¿Desde cuándo fuma?		

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

Diabetes		
Consume metformina		
Otro similar ¿Cuál?		
Resistencia a la insulina		
Hipertensión		
Hipotiroidismo		
Hipertiroidismo		
Lupus		
Epilepsia		
Enfermedad cardíaca		
¿Cuál?		
Enfermedad renal		
Asma		
Mieloma múltiple		

Sí | No

Antecedentes miasténicos		
Glaucoma		
Gota		
Paciente con un solo riñón		
Toma medicamentos en forma crónica		
¿Cuáles?		
Tratamientos de quimioterapia		
¿Cuánto tiempo y cuándo?		
Radioterapia		
¿Cuánto tiempo y cuándo?		
Inmunoterapia		
¿Cuánto tiempo y cuándo?		

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

Medio de Contraste EV: _____ ML _____ Horas de ayuno: _____ hrs.

VFG ml/min: _____ Creatinina: _____ Hidratación: Sí No Vol: _____

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

Nombre y firma tecnólogo: _____ Fecha: _____

