



DT0002



BASE DE DATOS PARA PACIENTES RADIOLOGICOS

Diagnostic &
Treatment Center
Kirby Glen

Nombre del paciente _____ Fecha _____
 Altura: _____ Peso: _____ libras Última vez que comió o bebió _____ am/pm
 ¿Está embarazada? Sí No Fecha de su última menstruación _____
 ¿Se ha sometido a un(a) TC, estudio de riñón/pielografía IV o RMN anteriormente? Sí No
 Si la respuesta es Sí, ¿recibió sustancia de contraste? Sí No ¿Cómo reaccionó al contraste? _____

Enumere sus alergias conocidas a medicamentos o a alimentos:

- Desconozco alergias a drogas Desconozco alergias al yodo (por ej. para estudio de riñón/pielografía IV, contraste para TAC)
 Desconozco alergias al contraste para RMN Desconozco alergias a algún alimento

NO TOMO NINGÚN MEDICAMENTO

Nombre del medicamento (Incluir medicamentos no prescritos y suplementos o hierbas medicinales)	Dosis / Potencia	Frecuencia con que lo(s) toma	Fecha y hora de la

DOLOR:

¿Tiene algún dolor? Sí NO Si Sí, ¿dónde le duele? _____
 Por favor, describa su dolor: _____

*Evalúe la intensidad de su dolor en una escala de 0 (sin dolor) a 10 (el peor dolor sentido por Ud.)

Dolor que siente ahora (0-10) _____ Dolor habitual (0-10) _____ Grado aceptable : _____

¿Es satisfactoria la disminución de dolor lograda? Sí NO Si es NO, por favor explicar: _____

Historia clínica:

- | | | |
|--|--|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> Anemia falciforme | Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal | _____ |
| <input type="checkbox"/> Infarto/cirugía de corazón | <input type="checkbox"/> Mieloma múltiple | _____ |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebro-vascular | <input type="checkbox"/> Problemas sanguíneos/de coagulación | |
| <input type="checkbox"/> Problemas pulmonares/asma | <input type="checkbox"/> Fumador | *Describir: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | Uso de alcohol | *Describir: _____ |

Nombre de la persona que lo acompaña: _____ Teléfono: _____

Completado por: _____ Relación: _____