

**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? <span style="float: right;">No sé:</span>		
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																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Vesícula</td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td></tr> <tr><td>Apéndice</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Riñón</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Útero</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Ovarios</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Vesícula				Apéndice				Riñón				Útero				Ovarios				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Hígado</td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td></tr> <tr><td>Intestino</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Estómago</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Próstata</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Pulmón</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Hígado				Intestino				Estómago				Próstata				Pulmón				<p>Otros: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Vesícula																																										
Apéndice																																										
Riñón																																										
Útero																																										
Ovarios																																										
Hígado																																										
Intestino																																										
Estómago																																										
Próstata																																										
Pulmón																																										

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: \_\_\_\_\_