

**CUESTIONARIO MÉDICO POR IMÁGENES**

**Antecedentes Médicos:** Sírvase marcar Sí o No

Sí	No	Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Le han administrado una inyección de contraste intravenosa para un examen médico de imágenes?  Sí  No

Si es afirmativo, ¿tuvo una reacción?  Sí  No

Si es así, ¿qué tipo de reacción tuvo? \_\_\_\_\_

¿Alérgico a medicamentos o alimentos?  Sí  No Si es afirmativo, indique la lista aquí: \_\_\_\_\_

¿De qué parte del cuerpo vamos a tomar las imagen hoy? (encierre en un círculo) Cabeza Cuello Pecho Abdómen Pelvis Extremidad

¿Le han hecho este examen antes?  Sí  No Si es afirmativo, ¿dónde? \_\_\_\_\_

Indique cualquier Cirugía o Traumatismos que haya tenido en el área donde se realizará la imagen: \_\_\_\_\_

Razón para el examen (indique los síntomas): \_\_\_\_\_

Haga una lista de todos los medicamentos incluyendo complementos nutricionales y vitaminas (Si tiene una lista, tráigala a la cita.)

Medicamento	Dosis	Medicamento	Dosis

Continúe esta lista en el reverso si necesita más espacio.

Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_

Certifico que las respuestas arriba expresadas son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Firma del Tecnólogo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_



