

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?		
Consumo 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: _____

