

**Pida ayuda en recepción si tiene dificultades o dudas.**  
**Estimado paciente, DAR AVISO ante embarazo o sospecha.**

Hora de examen:		
Asignado a:		
Entrega DVD	Sí	No

Solicitamos responder las siguientes preguntas **con letra clara.**

**PROCEDIMIENTO A REALIZAR:** \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PACIENTE**

Nombre:	Rut:	Edad:
Fecha de nacimiento:	Correo electrónico:	<b>Peso Kg:</b>
Dirección:	Teléfono:	<b>Estatura:</b>

**RESPONDA LAS PREGUNTAS MARCANDO CON UNA X SI CORRESPONDE**

¿Le han inyectado alguna vez medio de contraste yodado?	<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
¿Presentó alguna reacción alérgica?	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene alergia declarada a algún medicamento?	<input type="checkbox"/>	
¿Cuál?		
¿Tiene otros antecedentes alérgicos?	<input type="checkbox"/>	
¿Cuál?		
¿Se encuentra premedicado?	<input type="checkbox"/>	
¿Está Ud. embarazada?	No sé:	<input type="checkbox"/>
Fecha de última menstruación:		
¿Está amamantando?	<input type="checkbox"/>	

**ANTECEDENTES MÓRBIDOS MARQUE CON UNA X SI CORRESPONDE**

¿Fuma?	<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
¿Cuántos fuma al día?		
¿Desde cuándo fuma?		
¿Toma medicamentos en forma crónica?	<input type="checkbox"/>	
¿Cuáles?		
Immunoterapia	<input type="checkbox"/>	
¿Cuánto tiempo y cuándo?		
Radioterapia	<input type="checkbox"/>	
¿Cuánto tiempo y cuándo?		
Tratamientos de quimioterapia	<input type="checkbox"/>	
¿Cuánto tiempo y cuándo?		

**RESPONDA SI PRESENTA ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES MARCANDO CON UNA X**

Diabetes	<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	
Lupus	<input type="checkbox"/>	
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	
¿Cuál?		
Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	
¿Cuál?		
Asma	<input type="checkbox"/>	
Mieloma múltiple	<input type="checkbox"/>	
Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/>	

**OTROS ANTECEDENTES MARQUE CON UNA X SI CORRESPONDE**

¿Uso de prótesis dental?	<input type="checkbox"/>	<b>Sí</b>
¿Tiene piercing?	<input type="checkbox"/>	

Otras enfermedades: \_\_\_\_\_

Describa sus molestias y desde cuándo las presenta: \_\_\_\_\_

**CIRUGÍAS ¿Usted ah sido operado/a? ¿De qué?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
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:

