SAN LORENZO
CENTRO DE DIAGNÓSTICO

ENCUESTA PARA EXÁMENES DE SCANNER

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

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

Hora de examen:		
Asignado a:		
Entrega DVD	Sí	No

PROCEDIMIENTO A REALIZAR:_____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre:	Rut:	Edad:
Fecha de nacimiento:	Correo electrónico:	**Peso Kg:**
Dirección:	Teléfono:	**Estatura:**

RESPONDA LAS PREGUNTAS MARCANDO CON UNA X SI CORRESPONDE

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

RESPONDA SI PRESENTA ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES MARCANDO CON UNA X

	Sí
Diabetes	
Hipertensión	
Lupus	
Epilepsia	
Enfermedad cardíaca	
¿Cuál?	
Enfermedad renal	
¿Cuál?	
Asma	
Mieloma múltiple	
Hipertiroidismo	

ANTECEDENTES MÓRBIDOS MARQUE CON UNA X SI CORRESPONDE

	Sí
¿Fuma?	
¿Cuántos fuma al día?	
¿Desde cuándo fuma?	
¿Toma medicamentos en forma crónica?	
¿Cuáles?_____	
Inmunoterapia	
¿Cuánto tiempo y cuándo?	
Radioterapia	
¿Cuánto tiempo y cuándo?	
Tratamientos de quimioterapia	
¿Cuánto tiempo y cuándo?	

OTROS ANTECEDENTES MARQUE CON UNA X SI CORRESPONDE

	Sí
¿Uso de prótesis dental?	
¿Tiene piercing?	

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: ____