

**FORMULARIO DE EVALUACIÓN DEL RIESGO Y DE CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR
UNA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (CT) CON CONTRASTE**

Nombre _____ Edad _____ Estatura _____ Peso _____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Masculino Femenino

Indique si alguna vez ha tenido un historial de:

- Sí No Alergias _____
- Sí No Enfermedades renales (diálisis, trasplante de riñón, un solo riñón, cáncer renal o cirugía renal)
Si respondió Sí, por favor explique _____
- Sí No Reacción adversa a un medio de contraste o un medicamento
Si respondió Sí, por favor explique _____
- Sí No Enfermedades cardíacas (insuficiencia cardíaca crónica o enfermedad pulmonar obstructiva crónica)
- Sí No Mieloma múltiple
- Sí No Diabetes con dependencia a la insulina
- Sí No ¿Toma usted Glucophage, Metformin, Glucovance, Avandamet, Metaglip, Riomet o Fortamet?
- Sí No Asma
- Sí No Anemia
- Sí No ¿Hay alguna posibilidad de que esté embarazada?
- Sí No ¿Está amamantando actualmente?

Doy fe de que la información anterior es correcta a lo mejor de mi conocimiento. He leído el contenido de este formulario, lo entiendo y he podido hacer preguntas sobre el mismo y sobre el procedimiento a base de contraste que se me va a realizar.

Firma de la persona que llenó el formulario: _____ Fecha _ / _ / _

El formulario fue llenado por: El paciente Un familiar Un enfermero _____
Escriba su nombre Parentesco con el paciente

***** TECHNOLOGIST USE ONLY *****

CREATININE: _____ GFR: _____ Location & Date Drawn (must be in the last 30 days): _____

_____ cc's of Omnipaque/Nisipaque _____ with a _____ @ _____ Wasted Contrast _____ cc's
GA & Type Time

**FORMULARIO DE EVALUACIÓN DEL RIESGO Y DE CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR
UNA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (CT) CON CONTRASTE**

X _____ In _____ Contrast Lot # _____ Exp. Date: _____
of Punctures *Site Location*

Contrast Reaction: Yes/No Explain: _____

Technologist Signature

Date