

CT CORONARIA CUESTIONARIO

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____

MÉDICO DE FAMILIA _____ MÉDICO DE REFERENCIA _____

MOTIVIO USTED ESTÁ AQUÍ: _____

MEDICAMENTOS: _____

ALERGIAS A LOS MEDICAMENTOS: _____

HISTORIA MÉDICA:

PROBLEMAS DEL CORAZON	DIABETES	ARTRITIS	ALTA PRESION SANGUINEA
PROBLEMAS DE TIROIDES	ASMA	ENFISEMA	COLESTEROL ALTO
HEPATITIS	CARRERA	CÁNCER	SOLUCIÓN DE ESTÓMAGO

CIRUGÍAS: _____

POR FAVOR CIRCULE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS USTED ESTÁ EXPERIMENTANDO:

DEBILIDAD	DOLOR DE PECHO	FIEBRE	DOLOR ABDOMINAL
TOS	ESTREÑIMIENTO	RASH	PÉRDIDA DE PESO / GAIN
FALTA DE ALIENTO	DIARREA	NÁUSEA	HECES NEGRAS O CON SANGRE
PALPITACIONES	VOMITO	HINCHAZÓN	PROBLEMAS PARA ORINAR
DOLORES DE CABEZA	ENTUMECIMIENTO	MAREO	INDIGESTIÓN
HORMIGUEO	CAMBIOS EN LA VISIÓN	ACIDEZ	DOLOR EN LAS ARTICULACIONES

OCUPACIÓN: _____

¿HA USADO TABACO? SÍ NO TIPO: CIGARRILLOS CIGARRO TUBO DIP CHEW

MONTO POR DÍA _____ CUÁNTO TIEMPO? _____ SI DETENIDO CUANDO _____

USO DE ALCOHOL: SÍ NO IMPORTE: _____ USO DE LA CAFEÍNA: SÍ NO IMPORTE: _____

¿ES USTED ALÉRGICO AL YODO? SÍ NO CICLO MENSTRUAL ÚLTIMO: _____

TECH INFORMATION:

PT WEIGHT: _____ PT HEIGHT: _____ TECHNOLOGIST: _____

PRE SCREENING INFORMATION:

BLOOD PRESSURE: _____

HEART RATE: _____

O2 SAT: _____

POST SCREENING INFORMATION:

BLOOD PRESSURE: _____

HEART RATE: _____

O2 SAT: _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

LUNG CANCER SCREENING QUESTIONNAIRE

Name: _____ **Date of Exam:** _____

DOB: ____ - ____ - ____ **Height:** _____ **Weight:** _____

Gender: _____

Ethnicity: ____ Hispanic ____ Non-Hispanic ____ Other: _____

Race: (Select One): ____ American Indian, ____ Native Hawaiian, ____ Alaska Native,
____ Caucasian, ____ Asian, ____ African American, ____ Other: _____

Phone number: (Home or Cell) _____

Email: _____

Doctor's Name: _____

Doctor's Phone: _____

PERSONAL MEDICAL HISTORY:

Please check all that apply:

COPD Pulmonary Fibrosis Emphysema Coronary Artery Disease

Congestive Heart Failure Peripheral Vascular Disease

Lymphoma H&N Cancer Bladder Cancer Esophageal Cancer

Tuberculosis (TB) Asthma Chronic Bronchitis

Prior History of Lung Cancer: NO YES

How many years since diagnosed? _____

Other Cancer: _____

Other Medical conditions, Please specify: _____

Have you had previous Lung Cancer Screening CT exams? NO YES

If so what date was your last Lung Cancer Screening CT completed? _____

RISK FACTORS FOR LUNG CANCER // SMOKING STATUS:

Select one:

Current Smoker

Former Smoker

Never Smoker, Second hand exposure

Smoker, Current status unknown

Number of years you have smoked: _____

Number of packs per day you have smoked: _____

Number of years since quit: _____

Did you have a doctor's appointment to discuss your smoking history? NO YES

Did a physician provide smoking cessation guidance? NO YES

FAMILY HISTORY:

Have any members of your close family had cancer? Yes No

Details: _____

Tech Signature: _____ Date: _____

Lung Cancer Screening Questionnaire

PERFIL DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____

Teléfono del trabajo: _____

Teléfono celular: _____

correo electrónico: _____

EMAIL: _____

Patient ID#: _____ Sexo: [M] [F]

Fecha de nacimiento: _____

Seguro Social #: _____

Estado Civil: Casado Soltero

Médico de referencia: _____

Médico de atención primaria: _____

EMPLEO DEL PACIENTE

Empleados Retirado Sin empleo

Empleador: _____

Teléfono: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA (Nombre Y Teléfono)

(1) _____

(2) _____

(3) _____

PARTE RESPONSIBLE (Deben completar si es parte responsable que no sea asegurado o del paciente.)

Igual que el paciente Igual que el Asegurado

Relación con el Paciente: _____

Nombre: _____

Empleador: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Ciudad, estado y código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____

Licencia De Conducir# _____ Estado _____

Seguro Social #: _____

SEGURO DE PRIMARIA (debe completar en su totalidad para que podamos presentar ante su seguro.)

Nombre del Asegurado: _____

Relación con el Paciente: _____

Nombre de la Compañía de Seguros: _____

Asegurado SS#: _____

Seguro del teléfono#: _____

grupo de políticas #: _____

Seguros ID #: _____

Asegurado Fecha de Nacimiento: _____

ES EL PACIENTE CUBIERTOS POR CUALQUIER OTRO SEGURO? SI / NO (EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETE A CONTINUACIÓN.)

SEGURO DE SECUNDARIA

Nombre del Asegurado: _____

Relación con el Paciente: _____

Nombre de la Compañía de Seguros: _____

Asegurado SS#: _____

Seguro del teléfono#: _____

grupo de políticas #: _____

Seguros ID #: _____

Asegurado Fecha de Nacimiento: _____

Entiendo que este formulario debe ser completado en su totalidad. Entiendo que si la totalidad de la información anterior no se complete, una demanda no puede ser capaz de ser presentado a mi compañía de seguros; por lo tanto, me hace plenamente responsable de los gastos incurridos.

Por favor, díganos cómo se refirieron a nuestra oficina: amigo doctor ubicación internet seguro otro: _____

Firma del paciente o del partido Responsable: _____ Date: _____