

**CT, IVP CUESTIONARIO PROCEDIMIENTO**

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ PACIENTE # \_\_\_\_\_

EXAMEN ORDENADO \_\_\_\_\_ MÉDICO DE REFERENCIA \_\_\_\_\_

SÍNTOMAS \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

SEXO M F

**UN CIRCULO**

- |  |  |
|--|--|
| Y N ASMA/ FIEBRE DEL HENO                                      | Y N HYPERTENSIVE RENAL DISEASE ( KIDNEY) |
| Y N INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA                          | Y N MULTIPLE MYELOMA                     |
| Y N DIABETES   | Y N RENAL FAILURE ( KIDNEY)              |
| Y N USTED TOMA GLUCOPHAGE, METFORMIN, GLUCOVANCE O AVANDAMET ? | Y N RESPIRATORY FAILURE                  |
| Y N FIBRILACIÓN O CORAZÓN FLUTTER                              | Y N SICKLE CELL DISEASE                  |
| Y N ALTA PRESION SANGUINEA                                     | Y N STROKE                               |
| Y N ENFERMEDAD DE CORAZÓN / PROBLEMAS                          | Y N ANGINA( SEVERE PAIN IN THE CHEST)    |
| Y N DEBILITAMIENTO GRAVE GENERALIZADO                          | Y N ARE YOU NURSING A BABY?              |

SI SI DESCRIBE: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**INDIQUE TODAS LAS ALERGIAS A CONTINUACIÓN**

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 3. _____ |
| 2. _____ | 4. _____ |

**ANOTE TODOS LOS MEDICAMENTOS**

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 3. _____ |
| 2. _____ | 4. _____ |

**ANOTE TODOS CIRUGÍAS**

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 3. _____ |
| 2. _____ | 4. _____ |

¿HA TENIDO ANTERIOR CT, RADIOGRAFÍAS, O RESONANCIA MAGNÉTICA RELACIONADO CON ESTE PROBLEMA?

SI SÍ. CUÁNDO Y DÓNDE: CT \_\_\_\_\_  
 XRAYS \_\_\_\_\_ MRI \_\_\_\_\_

INICIALES DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ EL ÚLTIMO PERIODO MENSTRUAL \_\_\_\_\_

**TECHNOLOGIST USE ONLY (TECNÓLOGO USAR SOLAMENTE):**

Patient Status: Debilitated or Ambulatory BP: \_\_\_\_\_ WT: \_\_\_\_\_  
 Was the patient pre-medicated YES NO Fasting? YES NO  
 Contrast injected: \_\_\_\_\_ Lot# \_\_\_\_\_ Exp Date: \_\_\_\_\_  
 Volume: \_\_\_\_\_ ml Time: \_\_\_\_\_ Injection Site: \_\_\_\_\_  
 Technologist \_\_\_\_\_ Radiologist: \_\_\_\_\_  
 Additional Notes: \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE CONTRASTE

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INYECCIÓN DE INTRAVASCULAR X- RAY CONTRASTE AGENTE DE ESTUDIOS ESPECIALES DE RAYOS X

¿ES USTED ALÉRGICO TEÑIR (USADA PARA LOS RIÑONES Y / O ESTUDIOS DEL CORAZÓN)? YES NO

¿HA TENIDO X - RAYOS DE CUALQUIER TIPO RECIENTEMENTE? YES NO

#### PROCEDIMIENTO DESCRIPCIÓN

ESTO ES PARA VERIFICAR QUE SU MÉDICO HA SOLICITADO UN ESTUDIO DE RAYOS X ESPECIAL PARA TI QUE ES REALIZADO POR UN RADÍOLOGO Y REQUIERE QUE UNA SOLUCIÓN SE INYECTA EN LA VENA PARA AYUDAR A DIAGNOSTICAR PROBLEMAS POSIBLES. LA SOLUCIÓN SE LLAMA X-RAY CONTRASTE.

#### RIESGOS

MAYORÍA DE LOS PACIENTES NO EXPERIMENTAN EFECTOS SECUNDARIOS INUSUALES O COMPLICACIONES DEL CONTRASTE DE INYECCIÓN X- RAY. SIN EMBARGO, COMO CUALQUIER PROCEDIMIENTO MÉDICO ALGÚN RIESGO ESTÁ INVOLUCRADO. DURANTE LA INYECCIÓN DEL CONTRASTE DE RAYOS X, USTED PUEDE SENTIR UNA SENSACIÓN O NÁUSEA CALIENTE. ALGUNOS PACIENTES TIENEN UN TIPO REACCIÓN ALÉRGICA CON PICOR Y / O URTICARIA, HINCHAZÓN DE LOS OJOS Y LOS LABIOS, ESTORNUDAR O DIFICULTAD PARA RESPIRAR. MEDICAMENTO SERÁ ADMINISTRADO A USTED SI ESTAS CONDICIONES OCURREN.

EN RARAS OCASIONES, COMPLICACIONES MÁS GRAVES OCURREN, INCLUYENDO SHOCK, INSUFICIENCIA RENAL Y PARO CARDÍACO. SI ALGUNA DE ESTAS REACCIONES OCURREN, ATENCION MEDICA INMEDIATA PODRÍA SER NECESARIO, INCLUYENDO LA CIRUGÍA POSIBLE. AUNQUE NO PUEDE, DAÑO PERMANENTE PARA SU SALUD ES POSIBLE. COMPLICACIONES MORTALES SON RAROS CON ESTE PROCEDIMIENTO.

SU MÉDICO ESTÉ ENTERADO DE ESTAS COMPLICACIONES POSIBLES, PERO HA DETERMINADO QUE LA INFORMACIÓN DE DIAGNÓSTICO QUE OFRECE ESTA PROCEDIMIENTO SUPERA LOS RIESGOS INVOLUCRADOS.

#### INFORMACIÓN DE COSTOS

HAY DOS TIPOS DE AGENTES DE CONTRASTE DE RAYOS X DISPONIBLES PARA EL PROCEDIMIENTO. ESTE PRIMER TIPO ES IÓNICO (MENOS CARO) Y EL SEGUNDO ES NO IÓNICO (MÁS CARO, CON MENOS EFECTOS SECUNDARIOS ADVERSOS). LA FOOD AND DRUG ADMINISTRATION DE ESTADOS UNIDOS HAN APROBADO DOS TIPOS. SIN EMBARGO, UTILIZAMOS SÓLO EL AGENTE NO IÓNICOS PARA EL TIPO DE PROCEDIMIENTO SU MÉDICO LE HA SOLICITADO. ESTO ES DEBIDO AL RIESGO DISMINUIDA DE CUALQUIER REACCIÓN ADVERSA, Y LA SEGURIDAD MAYOR Y COMODIDAD DEL CONTRASTE NO IÓNICOS. SU PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD NO PUEDE CUBRIR EL COSTE AÑADIDO DEL AGENTE NO IÓNICO, EN CUYO CASO, EL COSTO PODRÍA SER SU RESPONSABILIDAD.

#### CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

MI MÉDICO ME HA DISCUTIDO CONMIGO LA NECESIDAD DE PROCEDIMIENTO DESCRITO Y SU IMPORTANCIA PARA MI CUIDADO. SE ME HA DADO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS PERTINENTES Y TODAS LAS PREGUNTAS HAN SIDO CONTESTADAS A MI SATISFACCIÓN. YO TANTO AUTORIZO PROVIDENCE HOSPITAL DE NORTE HOUSTON Y QUIENQUIERA QUE PODRÁ DESIGNAR COMO SUS AGENTES O AUXILIARES PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO DESCRITO ANTERIORMENTE USANDO AGENTES DE CONTRASTE NO IÓNICOS, Y HACER CUALQUIER TIPO DE ATENCIÓN Y EL TRATAMIENTO QUE PUEDEN SER NECESARIO EN EL CURSO DE TENER ESTE PROCEDIMIENTO.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TESTIGO

\_\_\_\_\_  
FECHA Y HORA

Imaging Center  
16750 Red Oak Drive  
Houston, TX 77090

Patient Sticker

### Formulario de Autorización de embarazo

Se reconoce que la radiación ionizante puede ser perjudicial para un feto o que los efectos de un campo magnético se ha indeterminado hasta el momento. Es la política de Imaging Center que las mujeres que están embarazadas o sospechen que están embarazadas no deben someterse a un examen que utiliza radiación ionizante o campos magnéticos a menos que sea médicamente necesario el médico de referencia y / o radiólogo determinar el examen. De Imaging Center requiere **la confirmación del embarazo** / no embarazo para las mujeres en edad fértil antes de realizar cualquier procedimiento radiográfico que implican radiaciones ionizantes o campo magnético. edad de tener hijos se considera que es entre 10-60 años de edad.

### **PACIENTE: Por favor, compruebe y sus iniciales en su estado de embarazo:**

- \_\_\_\_\_ No estoy embarazada \_\_\_\_\_ ( Iniciales del paciente)
- \_\_\_\_\_ Soy \_\_\_\_\_ semanas de embarazo \_\_\_\_\_ ( Iniciales del paciente)
- \_\_\_\_\_ Estoy seguro de que mi estado de embarazo \_\_\_\_\_ ( Iniciales del paciente)

El embarazo puede ser confirmado con análisis de sangre / orina a expensas de los pacientes. Yo entiendo que la prueba de embarazo en orina que Imaging Center utiliza no es fiable al 100%, y si el ensayo se realiza dentro de los 21 días de la concepción que los resultados pueden no ser exactos. **Si está embarazada o sospecha que puede estar embarazada, sus opciones son las siguientes:**

### **INCIERTO ESTADO DE EMBARAZO:**

\_\_\_\_\_ He decidido volver a programar el examen / procedimiento hasta que se confirma mi estado de embarazo. Imaging Center del personal notificará a mi médico de la demora de mi examen.

\_\_\_\_\_ Estoy seguro de que mi estado de embarazo y han decidido rechazar una prueba de embarazo. He decidido realizar el examen con radiación ionizante y han optado por ser blindado. Yo entiendo que el escudo no es 100% de protección contra la radiación ionizante y para algunos procedimientos que requieren imágenes de la pelvis, el blindaje no es posible.

\_\_\_\_\_ He tenido una prueba de embarazo y los resultados indican  
\_\_\_\_\_ No estoy embarazada \_\_\_\_\_ (Iniciales del paciente)  
\_\_\_\_\_ estoy embarazada \_\_\_\_\_ (Iniciales del paciente)

### **POSITIVO ESTADO DE EMBARAZO:**

En este momento **estoy embarazada** y yo (tener):

\_\_\_\_\_ Dado su consentimiento para someterse al examen / procedimiento \_\_\_\_\_ (Iniciales del paciente)  
\_\_\_\_\_ Rechazar el examen / procedimiento \_\_\_\_\_ (Iniciales del paciente)

**Al firmar a continuación, acepto que las declaraciones anteriores son verdaderas y por la presente liberan Imaging Center de las complicaciones que puedan surgir de la exposición a la radiación o un campo magnético y asumir la responsabilidad de mi decisión de someterse al procedimiento / examen.**

\_\_\_\_\_  
Paciente / Firma del representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha y hora

\_\_\_\_\_  
Imaging Center Staff

\_\_\_\_\_  
Date/Time

## 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: \_\_\_\_\_