

DE REGISTRO MÉDICO _____

TÉCNICO _____

Tower Radiology Centers

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ PESO _____ M / F

EXAMEN: SIN MATERIAL DE CONTRASTE CON & SIN MATERIAL DE CONTRASTE*

CEREBRO ESPINA TORÁCICA TÓRAX PELVIS CORAZÓN EXTREMIDAD SUPERIOR (ESPECIFICAR)

COLUMNA CERVICAL LUMBAR MAMA ABDOMEN PRÓSTATA EXTREMIDAD INFERIOR (ESPECIFICAR)

OTRO _____

MOTIVOS DEL EXAMEN: (SI SUFRIÓ UNA LESIÓN, ESPECIFICAR LA FECHA.)

ANTECEDENTES RELACIONADOS CON EL EXAMEN: TORRE (TOWER)

___ RADIOGRAFÍA	FECHA _____	LUGAR _____
___ IMÁGEN POR RESONANCIA MAGNÉTICA	FECHA _____	LUGAR _____
___ TOMOGRAFÍA	FECHA _____	LUGAR _____
___ MAMOGRAFÍA	FECHA _____	LUGAR _____
___ ULTRASONIDO	FECHA _____	LUGAR _____

CIRUGÍAS PREVIAS: (ENUMÉRELAS TODAS & LAS FECHAS)

ALERGIAS A MEDICAMENTOS / ALIMENTOS (SIRVASE A INDICAR EL TIPO DE REACCIÓN.)

PREGUNTAS PARA LA EVALUACIÓN DE UNA IMAGEN POR RESONANCIA MAGNÉTICA (MRI):

SIRVASE MARCAR CON UN CÍRCULO: ** INFORME INMEDIATAMENTE AL PERSONAL DE RECEPCIÓN SI TIENE

- | | | |
|----|----|---|
| SÍ | NO | MARCAPASOS CARDÍACO** |
| SÍ | NO | GRAPA PARA ANEURISMA ** |
| SÍ | NO | NEUROESTIMULADOR/ESTIMULADOR MEDULAR |
| SÍ | NO | BOMBA DE INSULINA |
| SÍ | NO | DISPOSITIVO DE INFUSIÓN DE MEDICAMENTOS |
| SÍ | NO | IMPLANTE AUDITIVO |
| SÍ | NO | DISPOSITIVO AUDITIVO |
| SÍ | NO | EXPANSORES DE TEJIDO MAMARIO (CON PUERTO MAGNÉTICO) |
| SÍ | NO | DISPOSITIVO INTRAUTERINO (IUD) |
| SÍ | NO | DERIVACIÓN |
| SÍ | NO | VARILLAS/TORNILLOS/PLACAS |
| SÍ | NO | PRÓTESIS ARTICULAR |
| SÍ | NO | SUTURAS DE ALAMBRE |
| SÍ | NO | METRALLAS/BALAS/ FRAGMENTOS METÁLICOS |
| SÍ | NO | DENTADURA POSTIZA |
| SÍ | NO | TATUAJE/MAQUILLAJE PERMANENTE |
| SÍ | NO | CLAUSTROFÓBIA |

SOLICITAR SEDACIÓN** (DEBE LLEGAR 1 HORA ANTES DE LA CITA, CON UN CONDUCTOR)

SÓLO PARA MUJERES

- | | | |
|----|----|---|
| SÍ | NO | EMBARAZADA |
| SÍ | NO | AMAMANTANDO (DESECHE LA LECHE 24 HORAS DESPUÉS DE LA INYECCIÓN) |

FIRMA DEL PACIENTE: _____

FECHA: _____

PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE

65 AÑOS O MÁS DIABETES ENFERMEDAD RENAL DIÁLISIS

ANÁLISIS DE LABORATORIO RECIENTE: (CUÁNDO & DONDE) _____

INYECCIÓN DE CONTRASTE PREVIA: SÍ NO REACCIÓN: SÍ NO

BUN _____ CREATININA _____ ÍNDICE DE FILTRACIÓN GLOMERULAR (GFR) _____