

IMAGING DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

CT/ TC

Pre-Imaging Screening Form Formulario previo al estudio de diagnóstico por imágenes

Division Cleveland Clinic e-Radiology/División de Radiología Electrónica de Cleveland Clinic

Please print and use blue or black ink to complete this form. Bring the completed form to your Imaging appointment.
Escriba en letra de imprenta y use tinta azul o negra para completar este formulario. Una vez completo, llévalo a su cita de diagnóstico por imágenes.

Date of Exam; Fecha del examen: _____			Have you previously had a CT scan performed? ¿Alguna vez le han realizado una tomografía computarizada?		
Patient's full name: _____ Nombre completo del paciente Please Print / En letra de imprenta			Yes/Sí No Unsure (please circle)/ No estoy seguro		
Patient date of birth: _____ Fecha de nacimiento del paciente			Date and Body part/Fecha y parte del cuerpo: _____		
Height/ Altura _____ Weight/Peso _____ Sex/Sexo _____			Facility/Establecimiento: _____		
Allergy to iodine/x-ray dye Alergia al yodo o al medio de contraste para radiografía	Yes/Sí	No	First day of last menstrual period /Primer día del último período menstrual		
Multiple Myeloma/Mieloma múltiple	Yes/Sí	No	Is there any chance of pregnancy? ¿Existe alguna posibilidad de embarazo?	Yes/Sí	No
Sickle Cell Disease Anemia falciforme	Yes/Sí	No	Did you ever have a hysterectomy? ¿Le realizaron alguna vez una histerectomía?	Yes/Sí	No
60 years of age or older?/¿Tiene 60 años de edad o más?	Yes/Sí	No	(circle one)/(marque con un círculo)	Partial/Parcial	Complete/Completa
Congestive Heart Failure?/¿Tiene una insuficiencia cardíaca congestiva?	Yes/Sí	No			
Diabetes/Diabetes	Yes/Sí	No	Smoker/Fumador	Yes/Sí	No
Kidney Disease/surgery Enfermedad/cirugía renal	Yes/Sí	No	How Much/ Cuánto _____	How Long/ Desde cuándo _____	
High blood pressure and taking medications?	Yes/Sí	No			
Asthma?	Yes/Sí	No	List of Prior Surgeries and approximate dates: Lista de cirugías anteriores y fechas aproximadas:		
Any implanted medical devices? ¿Algún dispositivo médico implantado?	Yes/Sí	No	_____		

(Stimulators, Insulin pumps, Glucose Monitors, etc) **** If yes, please bring the remote or extra device (if needed) to your appointment***
(Estimuladores, bombas de insulina, monitores de glucosa, etc.) **** De ser así, traiga el control remoto o el dispositivo adicional (si es necesario) a su cita.***

Females: Possibility of Pregnancy/Mujeres: Posibilidad de embarazo

OSS Health has requested CT imaging on this date for further diagnostic purposes. My signature certifies that to the best of my knowledge, I am not pregnant. I am aware that exposure to radiation may be harmful to an unborn child and that it is very important to inform staff if there is any possibility of pregnancy.

OSS Health ha solicitado, en la fecha, Tomografías Computarizadas con fines de obtener un diagnóstico más preciso. Mi firma certifica que, a mi leal saber y entender, no estoy embarazada. Soy consciente de que la exposición a la radiación puede ser dañina para un niño no nacido y de que es muy importante informar al personal si hay alguna posibilidad de embarazo.

Signed/ Firmado: _____ Date/ Fecha: _____

Last Menstrual Date/ Fecha de la última menstruación: _____

IMAGING DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

CT/ TC

Pre-Imaging Screening Form Formulario previo al estudio de diagnóstico por imágenes

Division Cleveland Clinic e-Radiology/División de Radiología Electrónica de Cleveland Clinic

Females: No Chance of Pregnancy/Mujeres: Sin probabilidad de embarazo

OSS Health has requested CT imaging for further diagnostic purposes. I confirm that I have had either a surgical procedure (tubal ligation, hysterectomy, vaginal ablation) or genetically cannot become pregnant and there is no possibility of pregnancy.

OSS Health ha solicitado una tomografía computarizada con fines de obtener un diagnóstico más preciso. Confirmando que me han realizado un procedimiento quirúrgico (ligadura de trompas, histerectomía, ablación genital) o que por razones genéticas no puedo quedar embarazada y no hay posibilidad de que lo esté.

Signed/Firmado _____ Date/Fecha: _____

I have reviewed the answers to the clinical screening questions above. They are true, correct, and complete to the best of my knowledge.

He revisado las respuestas que proporcioné a las preguntas de estudios de detección clínica. Son verdaderas y correctas, y están completas, según mi leal saber y entender.

Patient/Guardian Signature/ Firma del paciente o tutor_____
Date/Fecha_____
Technologist Signature/ Firma del técnico