

Cuestionario del paciente

Nombre en letra imprenta: _____ Fecha nacim.: _____

Con el fin de servirle mejor, le pedimos contestar las siguientes preguntas. El radiólogo utilizará esta información para proporcionar la mejor interpretación de cualquier hallazgo en el examen que usted tenga.

¿Por qué razón su médico solicita este examen? (P. ej., debido a un dolor o a resultados anormales en un análisis de sangre u otro análisis.)

En caso de que necesitemos comunicarnos con usted acerca de este examen, proporcione su información de contacto (teléfono, dirección postal o dirección de correo electrónico): _____

Si está experimentando dolor, ¿exactamente dónde está en su mayor intensidad? (P. ej., en una parte dentro de la rodilla derecha, en la base del tercer dedo o en el lado derecho de la cabeza.) _____

¿Por cuánto tiempo ha estado experimentándolo? _____

Describa cualquier lesión que tenga en esa parte. _____

Antes de hoy, ¿se le ha practicado algún estudio radiológico de la parte que está siendo examinada ahora? _____

Si es así, ¿alguna vez en un centro de Columbia? _____

¿Qué tipo de estudio se le practicó? (Radiografía, tomografía, resonancia magnética, ultrasonido, etc.) _____

¿Ha tenido cirugía en la parte que está siendo estudiada hoy? _____ Si es así, ¿cuándo? _____

¿Ha padecido cáncer? _____ Si es así, ¿qué tipo? _____

¿Ha tenido radioterapia en la parte que está siendo estudiada hoy? _____

Enumere las alergias que tenga: _____

¿Algún proveedor de atención médica le ha informado que tiene un funcionamiento renal anormal o sabe de alguna enfermedad renal que tenga? SÍ () NO ()

¿Está usted embarazada? SÍ () NO ()
 Informe al tecnólogo si está o cree estar embarazada.
 ¿Está amamantando? SÍ () NO ()

 Su firma

 Fecha de hoy

Ponga su nombre en letra imprenta como aparece en su tarjeta de seguro médico. Indique si su tarjeta de seguro médico es incorrecta

Tecnólogo: _____ Fecha: _____