

# Formulario para examen de tomografía computarizada (CT) para pacientes - Parte A

Algunos factores como el peso, la complexión del paciente y el tipo de examen pueden determinar si se puede realizar el examen.

Ficha técnica del paciente o número de acceso

**Paciente: Complete toda la información que se solicita en esta sección de casillas.**

Nombre del paciente (Apellido, Nombre): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha del examen: \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_ Peso establecido del paciente: \_\_\_\_\_ lbs/kgs Estatura: \_\_\_\_\_  
**Enumere las cirugías anteriores y sus fechas:** \_\_\_\_\_

## HISTORIAL DEL PACIENTE

¿Tuvo algún procedimiento médico/dental que requiriera la administración de sedantes en las últimas 24 horas?  Sí  No

<p><b>** Embarazada</b> ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>* Antecedentes personales de diabetes</b> ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>* Alergias al tinte IV o al látex</b> ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>* Está amamantando</b> ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>* Mieloma múltiple</b> ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>* Anemia de células falciformes</b> ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>* Marcapasos</b> ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>* Bomba de infusión</b> ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>* Neuroestimulador</b> ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>* Dispositivos médicos implantados o externos</b> ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Asma/Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)/Enfisema</b> ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Antecedentes de presión arterial alta</b> ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es sí, ¿está controlada con medicamentos? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Arritmia</b> ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Antecedentes de diarrea reciente en los últimos 2-3 días</b> ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Antecedentes de caídas durante los últimos 30 días</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, fecha de la caída más reciente _____</p> <p><b>¿Algún otro estudio con imágenes relacionado con el motivo del examen de hoy?</b> ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Tipo de examen _____ Centro _____ Fecha _____</p>	<p><b>Antecedentes de cáncer</b> ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Tipo _____</p> <p>Quimioterapia _____ Radiación _____</p> <p><b>Accidente cerebrovascular previo</b> ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Implante metálico/Prótesis</b> ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Dispositivos ortopédicos</b> ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Grapas quirúrgicas</b> ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Epilepsia (Ataques)</b> ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Poco cooperativo o desorientado</b> ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Claustrofobia</b> ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Incapaz de estar quieto</b> ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Dificultad para tragar</b> ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Prótesis dentales removibles</b> ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Aparatos de ortodoncia</b> ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
---	--

Entiendo los riesgos de realizarme una radiografía durante el embarazo. No creo estar embarazada. Inicial: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_\_  
 (Padre, madre o tutor si el paciente es menor de edad o está incapacitado) Parentesco: \_\_\_\_\_

Es posible que para los elementos marcados con un asterisco (\*) se requiera un mayor análisis por parte del técnico y radiólogo.  
 (\*\*) Si está embarazada, es necesario que firme un consentimiento informado. Documentar cualquier aprobación verbal en la Parte B.

N.º de expediente médico / N.º de ingreso: \_\_\_\_\_ Nombre del centro: \_\_\_\_\_  
 Examen ordenado - CT de: \_\_\_\_\_ Médico que refiere/especialidad: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Índice de dosis de tomografía computarizada (CTDI) \_\_\_\_\_ mGy

Producto dosis-longitud (DLP) \_\_\_\_\_ mGy-cm

**Razones del examen/síntomas clínicos:** \_\_\_\_\_

He revisado esta información con el paciente o su tutor legal, apoderado legal, pariente, etc. y he llevado a cabo una pausa clínica.

**Firma del técnico:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

# CT Patient Screening Form - Part B

Patient Label or Accession Number

Patient Name (Last, First): \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Did the Patient receive an IV injection?  Yes  No If yes, attachment A054(a) must be completed and signed.



Clinical pauses conducted prior to exam **AND** prior to image transfer.

Tech. Initials \_\_\_\_\_

Patient's preferred language for discussing healthcare:

English  Spanish  Other \_\_\_\_\_

Is the patient allergic to any medications, seafood, shellfish, or latex?

Yes  No If Yes, please list:

1 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_

Oral Contrast Name \_\_\_\_\_

Amount \_\_\_\_\_ mL

Lot # \_\_\_\_\_

Exp. Date \_\_\_\_\_

Administered By: \_\_\_\_\_

Title: \_\_\_\_\_

**List any medication(s) the patient has taken today and all current medications:**

(Include birth control and over the counter, ointments, herbals, vitamins, medication patches, etc.)

1 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_ 9 \_\_\_\_\_

5 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_

### Barriers to Learning

Yes  No

Type:

Intervention:

Language

Interpreter Used

Hearing

Repeat Questions

Other \_\_\_\_\_

Family/Significant Other

Patient unaware of current medications  Patient not on any medications

Did patient self-medicate for today's procedure?  Yes  No

If yes, do they have a driver?  Yes  No

Prior to release, patient was assessed and found impaired?  Yes  No If yes, supervising physician notified?  Yes  No

If patient refuses further assessment, notify supervising physician and Alliance personnel to follow policy #5023.

Injection site evaluated?  Yes  No  N/A Note appearance \_\_\_\_\_

Comments: \_\_\_\_\_

RECEIPT OF VERBAL ORDERS, TEST RESULTS, MODIFICATIONS, OR OTHER INSTRUCTIONS  Yes  No

Information Received: \_\_\_\_\_

Readback confirmed with \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_

Technologist or Radiologist Signature: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_

Post Injection Instructions given (applicable to all patients who receive an injection).  Yes  No  N/A

Patient notified of rights and opportunity to "Speak up" with questions or concerns.  Yes  No

Handoff Report given to next provider of care. Medication list provided if applicable.  Yes  No  N/A

If retail, Patient Rights & Responsibilities provided to the patient.  Yes  No  N/A

Dose reduction technique utilized.  Yes  No If no, why? \_\_\_\_\_

Are patient reminder calls for this site made by Alliance Team Members?  Yes  No  EMR

If yes, to above and NOT documented in an EMR or Intergy, complete row below.

Team Member Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Summary: \_\_\_\_\_

Technologist Comments \_\_\_\_\_

Team Member Signature and Title: \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PACIENTE SÓLO DESPUÉS DE FINALIZAR EL EXAMEN.**

Una vez terminado el examen, no dejó ningún objeto personal en el centro. \_\_\_\_\_