

LENOX HILL RADIOLOGY & MEDICAL IMAGING ASSOCIATES P.C.

FORMULARIO PARA REVISIÓN POR TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES (PET)

COMPLETADO POR EL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Fecha de su Cita: / / Fecha de Nacimiento: / / Edad: _____

Médico de Cabecera: _____ Teléfono: _____

¿Cuánto pesa? _____

¿Está embarazada? Sí No ¿Está amamantando? Sí No

¿Se ha hecho algún tipo de examen nuclear dentro de 48 horas? Sí No Examen: _____

¿Tiene examen previo de Resonancia Magnética? Sí No Si, sí, fecha del examen: / /

¿Tiene examen previo de Tomografía Computarizada? Sí No Si, sí, fecha del examen: / /

¿Tiene examen previo de PET? Sí No Si, sí, fecha del examen: / /

¿Dónde se lo hizo? _____ ¿Trajo placas de otro sitio o reportes con usted? Sí No

¿Trajo placas de otro sitio o reportes con usted? Sí No

¿Tiene antecedentes de Melanoma? Sí No En qué parte del cuerpo: _____ Fecha de tratamiento: _____

¿Es usted Diabético? Sí No

¿Toma medicinas por boca? Sí No Insulina Sí No

¿Controla su dieta? Sí No

¿Usted es fumador? Sí No Si dejó de fumar, desde cuando: _____

COMPLETED BY TECHNOLOGIST

¿Tiene una recomendación escrita? Sí No

¿Qué es la pregunta clínica? _____

¿Se entiende el estudio considerando la información clínica estipulada? Sí No

Nada por boca, desde cuando: _____ Confirmar el nombre del paciente: _____

¿Tiene dolor el paciente? Sí No ¿Dónde? _____

¿Antecedente de Cáncer? Sí No ¿Qué tipo? _____

¿Quimioterapia? Sí No ¿Fecha del último tratamiento? _____

¿Terapia de Radiación? Sí No ¿Fecha del último tratamiento? _____

¿Ha tenido algún tipo de cirugía el paciente? Sí No ¿Cuándo? _____

¿Qué tipo? _____

¿Le ha explicado el estudio al paciente? Sí No

SCREENED BY: _____ SCREENED WITH: _____

Yo verifico que las respuestas a estas preguntas están correctas y entiendo que no supliendo información o no dando información correcta puede afectar desfavorablemente la interpretación de este estudio.

Firma del Paciente:: _____ Fecha: / /