



HOUSTON DIAGNOSTICS  
AND PET/CT CENTER  
1220 Blalock, Suite 100, Houston, Texas 77055

Nombre: \_\_\_\_\_ MR#: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Doctor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha del primer dia de la ultima menstruacion: \_\_\_\_\_

### CT HISTORIA DEL PACIENTE

Altura: \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

Razon de su visita: \_\_\_\_\_

Proxmia cita con su Dr. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Tiene dolor o siente otro sintoma? Si \_\_\_ No \_\_\_

Si contesto si, por favor explique: \_\_\_\_\_

Ha tenido usted cualquier otra/s prueba/s o procedimientos realizados para los mismos sintomas?

Si \_\_\_ No \_\_\_

Si contesto si, por favor escribe el tipo de examen y donde se lo hizo: \_\_\_\_\_

Tiene historia de cancer? Si \_\_\_ No \_\_\_

Si contesto si, por favor explique en que parte del cuerpo: \_\_\_\_\_

Tiene alguna alergia a:

Medicinas Si \_\_\_ No \_\_\_ Describa: \_\_\_\_\_

Yodo Si \_\_\_ No \_\_\_ Describa: \_\_\_\_\_

Ha tenido cirugia(as) en el pasado? Si \_\_\_ No \_\_\_

Si contesto si, por favor describa que tipo y ponga la fecha:

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Ha sufrido alguna lesion o trauma recientemente? Si \_\_\_ No \_\_\_

Si contesto si, por favor describa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### PARA USO INTERNO SOLAMENTE:

DX: \_\_\_\_\_ Sintomas \_\_\_\_\_

Reportes previos Si \_\_\_ No \_\_\_ Enviado al Radiologo Si \_\_\_ No \_\_\_

Estudios para comparar Si \_\_\_ No \_\_\_ Fechas: \_\_\_\_\_



HOUSTON DIAGNOSTICS  
AND PET/CT CENTER  
1220 Blalock, Suite 100, Houston, Texas 77055

Nombre: \_\_\_\_\_ MR#: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Doctor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha del primer dia de la ultima menstruacion: \_\_\_\_\_

### C.T. CUESTIONARIO

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1. EL PACIENTE ES ALEGICO AL CONTRASTE DE YODO?      | SI | NO |
| 2. TIENE EL PACIENTE HISTORIA DE DIABETES?           | SI | NO |
| 3. EL PACIENTE ES ALERGICO AL YODO O COMINDA DE MAR? | SI | NO |
| 4. EL PACIENTE ES DIABETICO?                         | SI | NO |
| 5. ESTA EL PACIENTE EN TRATAMIENTO DE GLUCOPHAGE?    | SI | NO |

CONTRASTE: VOL \_\_\_\_\_ cc TIPO \_\_\_\_\_

COMMENTARIOS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
TECNOLOGO



HOUSTON DIAGNOSTICS  
AND PET/CT CENTER  
1220 Blalock, Suite 100, Houston, Texas 77055

Name: \_\_\_\_\_ MR#: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Physician: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ LMP: \_\_\_\_\_

CONTRAST FORM / FORMA DE CONTRASTE

Test to be performed CT \_\_\_\_\_

Tipe de examen requerido CT \_\_\_\_\_

Contrast agent or pharmaceutical to be used: for a CT OMNIPAQUE

Contraste o farmaceutico para ser utilizado: para CT OMNIPAQUE

I (name of patient) \_\_\_\_\_ give my permission to receive the intravenous and oral examination of OMNIPAQUE for the above stated and prescribed diagnostic imaging test. I have been clearly explained of the potential risks and complications in reference to the administration of these pharmaceutical agents and I have been told that the reaction can range from a minimal or minor skin rash to more severe reactions that may require intense therapy and hospitalization, and the outcome can be unpredictable.

PATIENT SIGNATURE, GUARDIAN OR PERSON LEGALLY IN CHARGE OF A MINOR OR DISABLED PATIENT.

SIGNATURE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

Yo (nombre del paciente) \_\_\_\_\_ doy mi autofizacion para recibir ya sea en forma oral o a traves de la vena el material de contraste OMNIPAQUE requerido para la prueba de imagen a la que voy a ser sometido. Ya se me han explicado los riesgos y las complicaciones potenciales asociadas con la administration de este material de contraste. Tambien se me ha explicado que las reacciones pueden ser minimas como una urticaria o mas severas que podrian requerir terapia o hasta una hospitalizacion, siendo todo esto impredecible.

FIRMA DEL PACIENTE, TUTOR O PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE DE UN PACIENTE MENOR O INCAPACITADO

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_