



Oregon Health & Science University
 Diagnostic Imaging Services
Servicio de Imágenes Diagnósticas

PATIENT CONTRAST QUESTIONNAIRE
 AND PROCEDURE RECORD

**CUESTIONARIO DEL PACIENTE SOBRE EL
 CONTRASTE Y REGISTRO DEL PROCEDIMIENTO**

Nº DE CUENTA:

Nº DEL EXPEDIENTE MEDICO:

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Página 1 de 2

POR FAVOR RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS PLEASE ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS	
¿Tiene alergia al yodo? <i>Are you allergic to iodine?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
¿Tiene alguna alergia? Por favor haga una lista de todas sus alergias: <i>Do you have any allergies? Please list all allergies:</i> _____ _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
¿Padece de asma? <i>Do you have asthma?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
¿Padece de diabetes? <i>Do you have diabetes?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Si es diabético(a), toma usted alguna de las siguientes medicinas Metformin, Glucophage® Glucovance®, Avandamet®, Metaglip®, Fortamet®, Riomet®, or Actoplus Met® <i>If diabetic, do you take the medication Metformin, Glucophage® Glucovance®, Avandamet®, Metaglip®, Fortamet®, Riomet®, or Actoplus Met®?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
¿Tiene usted algún problema de los riñones (función renal anómala, creatinina anormal, o necesita diálisis, etc.)? <i>Do you have any kidney problems (abnormal kidney function, abnormal creatinine, on dialysis, etc.)?</i> <i>Please describe:</i> _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido usted cirugía del riñón, trasplante de riñón, o tiene usted solamente un riñón que funcione? Por favor describa: <i>Have you had kidney surgery, a kidney transplant, or do you have only one functioning kidney?</i> <i>Please describe:</i> _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
¿Tiene usted un tipo de cáncer llamado Mieloma Múltiple? <i>Do you have a type of cancer called Multiple Myeloma?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
¿Está usted tomando Lasix o algún diurético? <i>Are you taking Lasix or a water pill?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
¿Toma usted algún medicamento llamado Amiodarone, Cordarone, o Pacerone? <i>Do you take medication called Amiodarone, Cordarone, or Pacerone?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
¿Está usted embarazada o dando de mamar? <i>Are you pregnant or breastfeeding?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido usted algún procedimiento para el cual se le ha dado contraste (tinta de rayos x) por ejemplo angiograma, arteriograma, IVP o Tomografía? <i>Have you ever had a procedure in which you were given contrast (x-ray dye), such as an angiogram, arteriogram, IVP or CT?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
¿Tuvo usted alguna reacción al contraste (tinta de rayos x)? <i>Did you have a reaction to the contrast (x-ray dye)?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
¿Tomó algún medicamento para la reacción antes de venir hoy? <i>Did you take any medication for the reaction before coming today?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No



Oregon Health & Science University
 Diagnostic Imaging Services
Servicio de Imágenes Diagnósticas

PATIENT CONTRAST QUESTIONNAIRE
 AND PROCEDURE RECORD

**CUESTIONARIO DEL PACIENTE SOBRE EL
 CONTRASTE Y REGISTRO DEL PROCEDIMIENTO**

Nº DE CUENTA:

Nº DEL EXPEDIENTE MEDICO:

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Describe la reacción: _____ <i>Describe the reaction:</i> _____	
¿En las últimas 24 horas ¿Ha recibido contraste (tinta de rayos x)? <i>Have you had contrast (X-ray dye) injected within the last 24 hours?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i>
¿Se le ha dicho alguna vez que no puede recibir contraste (tinta de rayos x)? <i>Have you ever been told not to have contrast (x-ray dye)?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i>
¿Se le ha sacado sangre en los últimos 30 días? <input type="checkbox"/> En OHSU <input type="checkbox"/> En otra clínica (nombre de la clínica): _____ <i>Have you had your blood drawn within the last 30 days?</i> <input type="checkbox"/> <i>OHSU</i> <input type="checkbox"/> <i>Other Clinic (clinic name):</i> _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i>
¿Está usted actualmente bajo alguna precaución de aislamiento? <i>Are you currently on any isolation precautions?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i>

La información anterior es correcta a mi mejor saber. He leído el contenido de este formulario. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la información que aparece en este formulario y sobre el procedimiento de la tomografía al cual me voy a someter.

The above information is correct to the best of my knowledge. I have read and understand the contents of this form. I had the opportunity to ask questions about the information on this form and the CT procedure I am about to have.

Fecha: _____ **Firma de la persona que llenó el formulario:** _____
 Date: _____ Signature of person completing form: _____

Por favor escriba su nombre con letras de molde: _____
 Please print your name: _____

Relación con el paciente: mismo pariente Tecnólogo Enfermera Doctor Otro: ____
 Relationship to patient: Self Relative CT Tech. RN Physician Other: _____

Nombre del empleado de radiología que revisó el formulario: _____
 Name of Imaging staff reviewing form: _____