



OC4501

**\*OC4501\***

**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN  
DEL PACIENTE PARA  
EL USO DE CONTRASTE INTRAVENOSO DE CT**

Página 1 de 2

N.º DE CUENTA  
N.º DE EXP. MÉDICO  
NOMBRE  
FECHA DE NACIMIENTO

Identificación del paciente

Para ayudar a garantizar su seguridad, le pedimos que complete este formulario de la forma más precisa y exhaustiva posible.

To help ensure your safety, please complete this form as accurately and completely as possible.

Indique su **estatura:** \_\_\_\_\_ **peso:** \_\_\_\_\_  
Please provide your current height weight

Su CT requiere el uso de contraste intravenoso (Intravenous,IV). Cuando se le inyecte el contraste, es posible que sienta una sensación de calor o “sofoco” en todo el cuerpo. Esto es normal y debería desaparecer en 1 o 2 minutos. Beba 2 o 3 vasos de agua durante las primeras 4 horas después del procedimiento, a menos que su proveedor de atención médica le haya indicado que limite su ingesta diaria de líquidos.

Your CT scan requires intravenous (IV) contrast. When the contrast is injected, you may notice a warm or “flushed” feeling throughout your body. This is normal and should go away in 1 or 2 minutes. Drink 2 or 3 glasses of water in the first 4 hours after your scan unless your healthcare provider has instructed you to limit your daily fluid intake.

En las últimas 24 horas, ¿se ha hecho una CT con contraste IV?  
(NO se deben incluir las exploraciones óseas de medicina nuclear)

Sí  No

In the past 24 hours, have you had a CT scan with intravenous (IV) contrast?  
(A nuclear medicine bone scan is NOT included)

¿Es usted alérgico al contraste de CT o a algún otro contraste que le hayan administrado durante un examen radiológico (angiograma o examen radiológico de vejiga, como un IVP o un VCUG)?  
**Describe:**

Sí  No

Are you allergic to CT contrast or any other contrast you were given during an x-ray exam (Angiogram or bladder x-ray exam such as an IVP or VCUG)? **Please describe:**

¿Tomó algún medicamento previo por una alergia anterior al contraste de CT antes de venir hoy? **Si la respuesta es “Sí”, ¿a qué hora tomó su medicamento?**

Sí  No

Did you take premedication for a past CT contrast allergy before coming today?  
**If yes, what time did you take your medication?**

Enumere sus alergias a medicamentos: List medication allergies:

¿Toma **metformin (metformina)** o algún medicamento que contenga metformina? Por ejemplo: Avandamet, ActoPlus Met, Fortamet, Glucophage, Glucovance, Glumetza, Metaglip, Kombiglyze XR, Prandimet, Riomet, Janumet

Sí  No

Do you take the medication **Metformin** or medication containing Metformin? Examples:

¿Tiene una vía venosa central?  Acceso venoso  PICC  Otra  
Do you have a Central Venous Line? Port PICC Other

Sí  No



OC4501

**\*OC4501\***

**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN  
DEL PACIENTE PARA  
EL USO DE CONTRASTE INTRAVENOSO DE CT**

Página 2 de 2

N.º DE CUENTA  
N.º DE EXP. MÉDICO  
NOMBRE  
FECHA DE NACIMIENTO

Identificación del paciente

<b>¿Tiene alguna afección renal? Por ejemplo: Do you have Kidney disease, including</b>		<b>¿Tiene alguna de las siguientes afecciones? Do you have</b>	
Cáncer de riñón Kidney cancer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión arterial alta High blood pressure	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Un solo riñón Single kidney	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cirugía de riñón o trasplante de riñón Kidney surgery or Kidney Transplant	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Pacientes de sexo femenino Female Patients</b>	
Actualmente bajo tratamiento de diálisis Currently on dialysis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está embarazada? Are you pregnant	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Usted... Are you</b>		¿Podría estar embarazada o no sabe con seguridad si lo está? Possibly pregnant or unsure if pregnant	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está tomando <b>hydroxyurea</b> ( <b>hidroxiurea</b> )? Taking the medication <b>Hydroxyurea</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está amamantando? Breastfeeding	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Se encuentra en aislamiento por precaución? On isolation precautions	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

He leído y entiendo el contenido de este formulario. Tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre la CT a la que me someteré el día de hoy.

I have read and understand the contents of this form. I had the opportunity to ask questions about the CT scan I will be having today.

Firma de la persona que completa el formulario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Signature of Person Completing Form

Date

Relación con el paciente:  Yo mismo  Familiar  RN  Proveedor  Técnico en CT  
Relationship to Patient: Self Relative RN Provider CT Tech

Otra: \_\_\_\_\_  
Other

Venous Access Information - For OHSU Hospital Inpatient Nursing Staff	
PIV Location: <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	Forearm <input type="checkbox"/> AC <input type="checkbox"/> Upper Arm <input type="checkbox"/> Other: _____
Gauge: <input type="checkbox"/> 18g <input type="checkbox"/> 20g <input type="checkbox"/> 22g <input type="checkbox"/> 24g	Power-Rated: <input type="checkbox"/> Port <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> Jugular
<b>Power-Rated lines must have positive blood return from ALL LUMENS</b>	
<b>FAX COMPLETED FORM TO 4-6320</b>	

EN LÍNEA 10/8/17 (sustituye a 12/13)

**OC- 4558**