



# Formulario de evaluación para la tomografía cardíaca

**Servicios de diagnóstico por imágenes**

3181 S.W. Sam Jackson Park Road, Portland, Oregon 97239  
Teléfono: 503-418-0990 Fax: 503-494-5020

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

1. Por favor haga una lista de todas las medicinas que está tomando actualmente

\_\_\_\_\_

2. ¿Le tiene alergia a cualquier medicina?.....  Sí  No

Por favor haga una lista de sus alergias y la reacción que tuvo cuando tomó la medicina.

\_\_\_\_\_

3. ¿Por qué motivo se le está haciendo esta tomografía?

\_\_\_\_\_

**Pruebas anteriores:** Por favor indique se le ha hecho cualquiera de los siguientes procedimientos. De ser así, indique cuándo se le hizo (la más reciente si se le han hecho varias veces) y dónde (el nombre del hospital o la clínica).

		¿Cuándo?	¿Dónde? ¿Cuántas veces?
<input type="checkbox"/>	Cirugía de derivación [bypass]		
<input type="checkbox"/>	Endoprótesis vascular [stent]		

**Otro historial médico:** Por favor indique si padece o ha padecido de lo siguiente:

**Sí                      No                      No estoy seguro**

Enfermedad valvular cardíaca(o enfermedad de la válvula del corazón como la regurgitación, válvula con fuga o válvula estenótica?.....

..........

Asma o enfisema.....

..........

¿Usa un inhalador?.....

..... ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Usa oxígeno en su hogar? .....

..... litros \_\_\_\_\_

¿Ha sido hospitalizado debido al asma o enfisema?.....

..........

¿Ha sido intubado o usado un respirador artificial? .....

..........

¿Toma alguna medicina para la disfunción eréctil? .....

..........

¿La enfermedad renal? .....

..........

¿Le tiene alergia al medio de contraste IV, el tinte IV, al tinte para radiografías o el yodo?.....

..........

¿Existe alguna posibilidad de que esté embarazada? .....

..........

¿Está amamantando a un hijo? .....

..........

**Gracias por haber escogido a OHSU para sus necesidades de diagnóstico por imágenes.**