

# New York Private Medical Imaging LLP

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: / /