

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Estatura: _____ Peso: _____

Sexo: Masculino Femenino

Favor de anotar todas sus alergias:

¿Le han hecho esta prueba en otro lugar? Sí No Lugar: _____

¿Alguna vez le han inyectado un medio de contraste para una imagen diagnóstica? Sí No Prueba de función renal:

¿Tuvo usted alguna reacción adversa o alérgica al medio de contraste? Sí No De ser así, favor de describir:

¿TIENE ANTECEDENTES DE LO SIGUIENTE? (Señale todo lo que aplique)	¿TIENE O HA TENIDO ... ? (Señale todo lo que aplique)	Historial quirúrgico: (indique todas sus cirugías)
Alergia al yodo o mariscos Arritmia (ritmo cardíaco anormal) Hipertensión pulmonar Cardiopatía / Dolor de pecho Feocromocitoma Alguna enfermedad debilitante grave Drepanocitosis Problemas de riñón o insuficiencia renal Cáncer: Tipo _____	Un marcapasos o cables de marcapasos Válvula cardíaca / Cirugía cardíaca / Endoprótesis / Desviación Desfibrilador cardíaco implantado Una grapa para aneurisma cerebral / Otra cirugía del cerebro Cirugía de los oídos/ Implante coclear/Prótesis para el oído interno Punto de acceso vascular/catéter venoso central Astillas de metal en los ojos / Actividades de soldadura / Trituración de metal Fragmentos de metal o proyectil/Fragmentos de bala/Postas Otro cuerpo extraño de metal Neuroestimulador / Estimulación neurológica eléctrica transcutánea / Estimulador muscular Bomba de insulina / Bomba para el dolor Diafragma / Dispositivo intrauterino Implante peneano / Pesario / Malla metálica Filtro IVC Prótesis articular Placas de metal / Tornillos / Grapas / Implante ortopédico Cirugía ocular / Implantes oculares Aparatos auditivos / Dentadura removible Cirugía previa de la columna Tatuajes/Perforaciones con joyería de metal Maquillaje permanente Antecedentes de convulsiones / Asma / Diabetes Antecedentes de problemas renales / Hepatitis	1. _____ Fecha: _____ 2. _____ Fecha: _____ 3. _____ Fecha: _____ 4. _____ Fecha: _____ 5. _____ Fecha: _____ HISTORIAL DE RADIOABSOCIOMETRÍA DE DOBLE ENERGÍA ÚNICAMENTE ¿Ha sufrido una fractura de cadera o vertebral? Sí No ¿Cómo adulto ha sufrido alguna fractura no relacionada con algún accidente? Sí No ¿Alguno de sus padres sufrió una fractura de cadera? Sí No ¿Usted fuma? Sí No ¿Ha tomado esteroides por 3 meses seguidos? Sí No ¿Le han diagnosticado artritis reumatoide? Sí No ¿Le han diagnosticado osteoporosis secundaria? Sí No ¿Consume 3 o más bebidas alcohólicas al día? Sí No ¿Está recibiendo tratamiento para la osteoporosis? Sí No ¿Hace ejercicios en los que soporta peso con regularidad? Sí No ¿Consume productos lácteos con regularidad? Sí No ¿Consume bebidas con cafeína? Sí No Estatura máxima en pulgadas: _____
¿ACTUALMENTE ...? (Señale todo lo que aplique)	¿ACTUALMENTE ...? (Señale todo lo que aplique)	
Es paciente de diálisis Toma glucófono o metformina Está dando pecho o embarazada Toma algún anticoagulante (aspirina / Coumadin) Toma algún diurético (pastillas para orinar) ¿Le han extirpado...? la vesícula el apéndice un riñón un seno el útero Usa bolsa de ostomía o sonda de alimentación Es alérgico a cinta adhesiva o látex	Padece alguno de los siguientes: Anorexia / Bulimia Cáncer Asthma / Emphysema Histerectomía Enfermedad renal en etapa terminal Postmenopausia Hiperparatiroidismo Trastorno convulsivo Enteropatía inflamatoria	

Usted tiene derecho a estar informado sobre los riesgos y peligros relacionados con los procedimientos. Esta divulgación tiene el propósito de informarle mejor sobre estos riesgos y peligros para que usted pueda decidir hacerse o no los procedimientos de hoy.

Procedimiento solicitado en esta fecha: _____

Su firma indica que usted:

- ✓ Voluntariamente les pide a los médicos, tecnólogos y otros proveedores médicos de Bexar Imaging que le hagan las pruebas radiológicas conforme a las órdenes de su médico para evaluar más su condición médica.
- ✓ Da fe que la información que ha proporcionado con respecto a su historial médico y las pruebas de detección es correcta.
- ✓ Da su consentimiento para que le hagan las pruebas programadas para esta fecha.

Entiendo que si mi médico lo ordena, me inyectarán un medio de contraste intravenoso durante el procedimiento y que este implica los siguientes riesgos: Contraste para IRM (Gadolinium) Contrast para TAC (Ionic / Nonionic)

- ✓ Reacción alérgica grave que puede ser mortal.
- ✓ Reacciones alérgicas menos graves pero aun complicadas que podrían incluir:
 - ✓ Reacciones cardiovasculares ✓ Ronchas
 - ✓ Dificultad para respirar ✓ Daño a la piel donde entra la inyección a la vena
 - ✓ Daño permanente a los riñones ✓ Otra: _____

Yo entiendo y por medio de mi firma doy mi autorización para permitir que Bexar Imaging haga el procedimiento antes mencionado, además doy mi autorización para el uso del medio de contraste necesario para practicar el procedimiento solicitado.

Firma del paciente/representante autorizado del paciente Fecha Fecha de nacimiento

Nombre del paciente con letra molde / Representante autorizado del paciente

Firma del tecnólogo que completa el procedimiento Fecha Hora _____ am/pm

Radiólogo de turno: Bruton Cervantes Rotter Walton _____

Hoja que el tecnólogo deberá llenar después de recibir el consentimiento del paciente

Inserción intravenosa:	Calibre del catéter:	22ga	20ga	18ga			Hora de inserción _____ am/pm
	Área:	I Antebrazo	D Antebrazo	I Mano	D Mano	I Antecubital	D Antecubital _____
	Complicaciones:	Infiltración	Inflamación	_____	_____	_____	_____
Descarga de 10ml solución salina normal después de inserción por protocolo / procedimiento operativo estándar							
Medio de contraste intravenoso:	Omnipaque 300	100ml	150ml				Desperdiciado: _____ ml
	Omnipaque 350	100ml	150ml				
	Visipaque 270	100ml					
	Magnevist	10ml	15ml	20ml	100ml		
Descarga de 10ml solución salina normal después de la administración del contraste por protocolo / procedimiento operativo estándar							
Medio de contraste oral: Se envió con el paciente para uso en casa antes de la fecha de la prueba - el/la paciente niega tener alergia o sensibilidad al contraste. El/La paciente comenzó a ingerir el medio de contraste oral (Barium sulfate) el día de la prueba a la(s): _____ am/pm							
Medio de contraste intravenoso:	Gastrografin 30ml diluido con 1000ml de agua Otro: _____					Notas: Iniciales del tecnólogo: _____	