ENCUESTA PARA EXÁMENES CONTRASTADOS

CENTROMED
Nuestra experiencia es su seguridad en salud

Nombre:_____ Rut.:_____ Peso:_____

Fecha de Nacimiento: _____

1. Indique si presenta algunas de las siguientes enfermedades

Diabetes	¿Cuál? _____	SI	NO
Enfermedad al corazón	¿Cuál? _____	SI	NO
Enfermedad a los riñones	¿Cuál? _____	SI	NO
Asma	¿Cuál? _____	SI	NO
Alergia a algún medicamento	¿Cuál? _____	SI	NO
Otras alergias	¿Cuál? _____	SI	NO
Enfermedad a la tiroides	¿Cuál? _____	SI	NO
Otra Enfermedad	¿Cuál? _____	SI	NO

2. ¿Se ha realizado algún examen con medio de contraste? ¿Cuál? ¿Cuándo? SI NO

_____

3. ¿Presentó alguna reacción al medio de contraste? ¿Cuál? SI NO

_____

4. ¿ Toma Metformina (Glucophage, HipoClucin, Glucovance, Diaglitab, Fintamix, Glafornil, Glicenex, Glidanil, Glifortex, Glinet, Avandament, Bl-Euglocon-M) SI NO

Responder el día del examen:

5. Indique número de horas de ayuno: _____

6. Indique valor de creatinina y fecha de realización (si corresponde): _____

7. Indique fecha de suspensión de Metformina (si corresponde):_____

8. ¿Recibió las indicaciones para la realización del examen?	SI	NO
9. ¿Realizó premedicación indicada? (sólo si corresponda)	SI	NO
10. ¿Tiene posibilidades de embarazo? FUR _____	SI	NO

_____ Firma del paciente o Representante Legal

_____ Nombre/Firma Profesional

DEFINICIÓN DE RIESGO DE MEDICO RADIÓLOGO:

SE DESACONSEJO USO MEDIO DE CONTRASTE.	
RIESGO AUMENTADO.	
RIESGO HABITUAL.	
- REQUIERE PREMEDICACIÓN	SI NO

_____
Nombre/Firma Médico Radiólogo

HUNNEUS IMPRESORES LIMITADA Agua Santa 883 - F/Fax:277525 - Viña del Mar