



Estimado paciente: Señor (a): \_\_\_\_\_

Solicitamos responder el siguiente cuestionario, para así optimizar su estudio:

1. ¿Por qué motivo consultó a su Médico y cuándo?

\_\_\_\_\_

2. ¿Cuáles son las molestias actuales y en qué lugar específicamente?

\_\_\_\_\_

3. ¿Cuál diagnóstico le ha dado su Médico?

\_\_\_\_\_

4. ¿Ha sido operado (a), de qué y cuándo?

\_\_\_\_\_

5. ¿Ha recibido radioterapia o quimioterapia?

\_\_\_\_\_

6. ¿Está tomando medicamentos? ¿Cuáles?

\_\_\_\_\_

7. ¿Es alérgico (a)? ¿A qué?

\_\_\_\_\_

8. ¿Se ha realizado exámenes con medio de contraste endovenoso? ¿Tuvo algún problema?  
(como por ejemplo: Scanner o Pielografía)

\_\_\_\_\_

9. Responder:

SI

NO

- Fuma
- Es diabético
- Está embarazada
- Es hipertenso (a)
- Asmático
- Hipertiroidismo
- Hipotiroidismo
- Resistencia insulina

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. ¿Desca hacer algún comentario?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_, cédula de identidad N° \_\_\_\_\_, certifico que he tomado conocimiento de los efectos que puede producir la inyección de medio de contraste yodado endovenoso (calor a nivel de la garganta y zona genital), y autorizo que se me administre para efectuar examen de Tomografía Axial Computada (Scanner).