



## FAVOR LLENAR ESTA ENCUESTA PREVIO A EXAMEN DE SCANNER

Debido a que el medio de contraste puede producir algunos efectos no deseados, una manera de prevenirlos o disminuir su intensidad, es mediante el conocimiento que tengamos de algunos antecedentes suyos. Para ello es esta Encuesta:

¿Le han administrado alguna vez Medio de Contraste a la vena?	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
¿Tuvo alguna reacción anormal?	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
En el caso de haber tenido una reacción anormal, anote algunas palabras que la describan brevemente como fue: _____	
¿Es usted asmático?	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
¿Sufre de Diabetes?	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
¿Qué remedio toma para la Diabetes?:	
¿Toma Metformina?	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
¿Le han diagnosticado alguna Enfermedad a los Riñones?	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
¿Cuáles?:	
¿Le han diagnosticado alguna Enfermedad al Hígado?	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
¿Cuáles?:	
¿Le han diagnosticado alguna Enfermedad al Corazón?	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
¿Cuáles?:	
¿Alguna Enfermedad a la Tiroides?	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
¿Padece alguna Alergia?	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
¿A qué es alérgico?:	



INDIQUE CANTIDADES DIARIAS SI ES QUE USA ESTAS SUSTANCIAS:

Uso de tabaco:

Bebe alcohol:

ALGUN MEDICAMENTO DE USO PERMANENTE:

Otras enfermedades:

Mencione Intervenciones quirúrgicas (Operaciones) que ha tenido:

¿Desea informar algo más que crea importante que sepamos?

*Su colaboración es importante*  
*Gracias*

Nombre del Paciente

Fecha

Firma

