

# UROLOGY

## SAN ANTONIO

Imaging Center  
P. (210) 614-4544 F. (210) 679-3715  
www.urologysanantonio.com

### HISTORIA DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

REV. 11/12/2015

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Núm. de cuenta \_\_\_\_\_

Fecha de hoy \_\_\_\_\_ Género: Masculino / Femenino Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

#### Historia clínica

1. ¿Le han hecho antes estudios por imágenes, tomografías computarizadas o radiografías? Si la respuesta es Sí, ¿cuál centro médico hizo el examen?	Sí	No
2. ¿Le han hecho antes una cirugía? Si es así, ¿de qué tipo?	Sí	No
3. ¿Tiene historial de hipertensión?	Sí	No
4. ¿Tiene historial de urticaria o fiebre del heno?	Sí	No
5. ¿Tiene historial de diabetes?	Sí	No
5A. ¿Toma actualmente el medicamento <i>Metformina</i> o <i>Glucophage</i> ?	Sí	No
6. ¿Tiene historial de mieloma múltiple o amiloidosis?	Sí	No
7. ¿Ha tenido algún tipo de cáncer?	Sí	No
8. ¿Ha tenido alguna vez problemas renales o se ha sometido a procedimientos de este tipo? Si la respuesta es Sí, describa.	Sí	No
8A. ¿Tiene usted un riñón solitario o un trasplante renal?	Sí	No
9. ¿Toma actualmente fármacos nefrotóxicos o de quimioterapia (por ejemplo: gentamicina, tobramicina, anfotericina)?	Sí	No
10. ¿Ha sufrido alguna vez un trauma (shock) agudo o presión arterial inestable?	Sí	No
11. ¿Tiene una enfermedad convulsiva, tumor cerebral o ha sufrido un accidente cerebrovascular?	Sí	No

#### Pacientes mujeres

1. ¿Está embarazada o cree que existe la posibilidad de que pudiera estar embarazada? Si la respuesta es Sí, hable con el técnico antes del examen.	Sí	No
2. ¿Cuál fue el primer día del último ciclo menstrual?		

#### Pacientes que tienen programada una tomografía con contraste intravenoso

1. ¿Le han hecho alguna vez un estudio de diagnóstico por imágenes/radiológico con contraste intravenoso (por ejemplo: pielografía intravenosa, TAC, angiografía, etc.)?	Sí	No
1A. Si la respuesta es Sí, ¿tuvo alguna reacción al medio de contraste utilizado? Describa la reacción.	Sí	No
1B. ¿Necesitó someterse a un tratamiento?	Sí	No
2. ¿Es alérgico a algún medicamento? Si la respuesta es Sí, ¿a qué medicamentos?	Sí	No
3. ¿Es alérgico a algún alimento (por ejemplo: mariscos, camarones)? Si la respuesta es Sí, ¿a qué alimentos?	Sí	No
4. ¿Tiene asma?	Sí	No
5. ¿Tiene anemia de células falciformes?	Sí	No
6. ¿Ha sufrido un ataque cardíaco en las últimas 8 semanas? Si la respuesta es Sí, encierre en un círculo qué tipo: infarto del miocardio, angina inestable, angina de pecho, enfermedad de las válvulas del corazón, trastorno del ritmo cardíaco, otros:	Sí	No
7. Si el paciente no puede comunicar su historia clínica, presenta una debilidad general grave o tiene un alto riesgo de aspiración, encierre en un círculo Sí.	Sí	

#### Sólo para uso interno

Referred By _____ Diagnosis _____	<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Pelvis <input type="checkbox"/> Chest <input type="checkbox"/> Other
--------------------------------------	---