



DI0145



CentraState Medical Center

901 West Main Street, Freehold, NJ 07728-2549

**DEPARTAMENTO DE TOMOGRAFÍA
COMPUTARIZADA (CAT)
HOJA DE INFORMACIÓN DE PACIENTES
AMBULATORIOS**

ETIQUETA DEL PACIENTE
AQUÍ

Fecha de hoy: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de la cita: _____

Peso: _____ Nombre del médico: _____

Alergias al yodo, alimentos o medicamentos:

Todo antecedente de: Indique "Sí" o "No"

Diabetes: _____

Rinitis alérgica estacional: _____

Asma: _____

Antecedentes del paciente o motivo del examen: _____

Fecha del último período menstrual: _____

¿Está embarazada? _____

¿Está amamantando? _____

TENGA EN CUENTA QUE, SI SE HARÁ UN ESTUDIO DE CONTRASTE, NO DEBE TOMAR
GLUCOPHAGE (METFORMINA), GLUCOVANCE (GLIBURIDA), METAGLIP (GLIPZIDA) Y
ADVANDAMENT (AVANDIA) EN UN PLAZO DE 48 HORAS DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO.

SI TIENE PREGUNTAS, COMUNÍQUESE CON SU MÉDICO.

HBG 721-021 (11/17/11)

CONFIDENCIAL



MN0620

CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS DE PACIENTES AMBULATORIOS

ETIQUETA DEL PACIENTE
AQUÍ

ALERGIAS: _____

Sin medicamentos en el hogar

Enumere todos los medicamentos del paciente antes del ingreso, inclusive los de venta libre, las preparaciones a base de hierbas y los medicamentos de ensayos clínicos.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO (Con letra de molde legible)	DOSIS	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	Última dosis tomada (fecha y hora)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				

CAMBIO DE MEDICAMENTO EN EL ALTA

ENVIADO A:

1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

SIN CAMBIOS

FUENTE DE LA INFORMACIÓN: (marque todo lo que corresponda)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos propios del paciente | <input type="checkbox"/> Farmacia (nombre y teléfono) _____ |
| <input type="checkbox"/> Retirada del paciente o de la familia | <input type="checkbox"/> Lista del médico (nombre) _____ |
| <input type="checkbox"/> El paciente no puede dar sus antecedentes | <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____ |

Lista verificada al momento del ingreso:

Firma del enfermero o tecnólogo (fecha y hora) (fecha y hora) paciente, familiar o tutor

Lista actualizada al momento del alta:

Firma del enfermero o tecnólogo (fecha y hora) (fecha y hora) paciente, familiar o tutor

Comentarios: _____

HBG.600388.(11/11/11)



DI0075



CentraState Medical Center

901 West Main Street, Freehold, NJ 07728-2549

ETIQUETA DEL PACIENTE
AQUÍ

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA EXAMEN PARA ADMINISTRACIÓN DE CONTRASTE/TINTE INTRAVENOSO

Antecedentes de asma o alergia:

- ¿Tiene antecedentes de asma? Sí No
- ¿Tuvo ataques de asma en las últimas 24 horas? Sí No
- ¿Usa inhalador o medicamentos orales para el asma a diario? Sí No
- ¿Alguna vez tuvo una reacción alérgica grave que haya requerido internación o epinefrina? Sí No

Alergia o antecedentes de reacciones al material de contraste

- ¿Alguna vez tuvo una reacción alérgica al material de contraste o tinte intravenoso? Sí No
- En caso afirmativo, explique la reacción y la gravedad: _____

- ¿Alguna vez le indicaron que tomara medicamentos esteroides antes de recibir material de contraste por vía intravenosa? Sí No

- En caso afirmativo, ¿tomó medicamentos esteroides como preparación para el examen de hoy? Sí No

Antecedentes médicos

¿Tiene antecedentes de enfermedades renales, incluidas las siguientes? (Marque todas las que correspondan)

- Diálisis Trasplante Riñón único Cáncer de riñón Cirugía de riñón

- ¿Tiene diabetes? Sí No
- ¿Toma metformina para la diabetes? Sí No
- ¿Tiene antecedentes de enfermedad de células falciformes? Sí No
- ¿Tiene antecedentes de mieloma múltiple? Sí No
- ¿Tiene antecedentes de miastenia grave? Sí No
- ¿Tiene antecedentes de hipertensión que haya requerido tratamiento médico? Sí No

Enumere todos los medicamentos que toma actualmente:

¿Está embarazada? Sí No ¿Amamanta? Sí No (Se considera que amamantar después de un estudio de contraste intravenoso es seguro, aunque puede esperar 4 horas después del examen).

DESCRIPCIÓN DEL CONTRASTE INTRAVENOSO:

Su médico solicitó un examen que incluye la administración de material de contraste/tinte intravenoso, que se usa para mejorar las imágenes. Como con cualquier medicamento, hay riesgo de reacciones alérgicas. En raras ocasiones, puede haber una reacción moderada, como picazón, estornudos u hormigueo. La anafilaxis, que es muy infrecuente, también puede ocurrir (*shock* alérgico grave que puede causar la muerte). Estamos bien equipados para tratarlo y medicarlo si tiene reacciones. Su médico determinó que la información de diagnóstico proporcionada supera todo riesgo posible de una reacción.

Nuestro personal clínico de expertos capacitados está disponible para responder todas sus preguntas.

Su firma debajo indica que entiende de manera plena la explicación que recibió en relación con el uso de contraste intravenoso para estos exámenes.

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR LEGAL: _____

NOMBRE DEL TECNÓLOGO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____

NOMBRE DEL PACIENTE (EN IMPRENTA): _____ **FECHA:** _____ **HORA:** _____

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: _____

CONFIDENCIAL