

CT Scan Questionnaire (Questionario de Tomografía Computarizada)

Patient name (Nombre del paciente): _____
Today's date (Fecha): _____
Date of Birth (Fecha de nacimiento): _____
Physician (Doctor): _____

Type of CTY scan ordered today (Tipo de examen):

Reason for this exam/ symptoms (Razón para este examen):

Have you had a CT scan before? (Ha tenido una tomografía antes?) Yes (Sí) No (No)
Where (¿Dónde?) _____ When (¿Cuándo?) _____
Type of exam (Tipo de examen): _____

Any history of surgeries (¿Ha tenido cirugía?) Yes (Sí) No (No)
When (¿Cuándo?) _____
Type (Tipo): _____

Are you pregnant or suspect you might? (¿Está embarazada ó sospecha estarlo?) Yes (Sí) No (No)
Date of your last menstrual period. (Fecha del último periodo menstrual): _____

Are you diabetic (¿Es Diabético(a)?) Yes (Sí) No (No)
Are you taking Glucophage or Metformin? (¿Está tomando Glucophage?) Yes (Sí) No (No)

List any medications you are currently taking. (Haga una lista de todos los medicamentos que está tomando al momento): _____

Are you allergic to any medication? (Liste alergias (incluso a medicamentos): _____

Have you drunk the Barium? (A tomado el Barium?) Yes (Sí) No (No) What time did you finish?
(Que es el tiempo completamente tomado el barium?) _____

Patient Signature (Firma del paciente): _____

