CT SCREENING Cuestionario para Tomografía Computada SPANISH

Patient Name NOMBRE:_____

Today's Date FECHA: _____ **Age EDAD**: _____ **Weight PESO**: _____ **Height ESTATURA**: _____ **Sex SEXO**: ☐ **M** ☐ **F**

	Yes/Sí	No	
	☐	☐	If female: is there any possibility you could be pregnant? Si es mujer: ¿hay alguna posibilidad de que pueda estar embarazada?
	☐	☐	Are you currently breastfeeding? ¿Está amamantando actualmente?
	☐	☐	Have you had a previous reaction to iodinated contrast media (i.e. CT contrast dye or X-ray dye)? ¿Tuvo una reacción previa a los medios de contraste yodados (Tinta de contraste para TC o tinta para rayos X)? If yes, describe reaction REACCIÓN: _____
	☐	☐	If you had a prior reaction to iodinated contrast media, have you been pre-medicated with a corticosteroid (such as prednisone or Solu-Medrol)? _____ Si tuvo una reacción previa a los medios de contraste yodados, ¿ha sido medicado de antemano con un corticosteroide (como prednisona o Solu-Medrol)? _____
	☐	☐	Do you have any allergies to food or medication? If yes, please list: _____ _____ ¿Tiene alguna alergia a alimentos o medicamentos? En caso afirmativo, indique: _____
	☐	☐	Do you have asthma? ¿Padece de asma?
	☐	☐	If yes, is your asthma currently affecting you? En caso afirmativo, ¿su asma lo está afectando actualmente?
Δ	☐	☐	Do you take Glucophage (metformin)? ¿Toma usted Glucophage (metformina)?
Δ	☐	☐	Do you have kidney disease or kidney failure or kidney transplant? ¿Enfermedad renal, insuficiencia renal o trasplante de riñón?
Δ	☐	☐	Do you have a history of kidney cancer or mass? ¿Tiene antecedentes de cáncer o masa renal?
Δ	☐	☐	Do you have a family history of kidney failure? ¿Tiene antecedentes familiares de insuficiencia renal?
Δ	☐	☐	Have you previously had kidney surgery? ¿Ha tenido cirugía de riñón anteriormente?
*	☐	☐	Have you had a recent illness or infection in the past week? Type: _____
*	☐	☐	¿Se ha sentido enfermo con náuseas, vómitos o diarrea durante la última semana? Tipo: _____

PLACE PATIENT LABEL HERE

Translated 2022 by UW Medicine Interpreter Services
V.2402 | CONTENT LAST APPROVED APR 22

Signature of Patient or Legal Guardian Firma del paciente o tutor legal	Printed Name Imprenta	Date Fecha

If signed by person other than patient, provide printed name, relationship to patient, description of authority
Si la firma no es del paciente, indique su nombre, relación y autoridad para firmar.

THIS SECTION IS FOR STAFF USE ONLY

* Serum creatinine within 24 hours Δ **Serum creatinine within 2 weeks if "Yes" to answer**

VASCULAR ACCESS:

DATE _____ **TIME** _____
TECHNOLOGIST / RN _____
IV SITE _____ □ **18g** □ **20g** □ **22g** **ATTEMPTS** _____
□ **OTHER** _____
CREAT / GFR _____
NOTES _____

PLACE PATIENT LABEL HERE