

Saint Clare's Hospital

DIAGNOSTIC IMAGING / CT QUESTIONNAIRE

(Please complete the following to the best of your knowledge.)

OUTPATIENT

INPATIENT

Please Print

PATIENT'S NAME: _____ DATE: _____

✧ What is the diagnosis(s) / reason(s) for exam / symptom(s)

✧ Have you ever had a CAT scan / PET Scan / or PET / CT Scan? Yes No

If YES , Please indicate the date and facility of the scans _____

✧ What is your height: _____ ✧ What is your weight? _____

✧ Have you ever had an injection of IV Contrast (IVP or Cat Scan dye)? Yes No

If so, have you ever had a reaction? Yes No

If so, please describe _____

✧ Do you have any allergies to food(s) and/or medication(s)? Yes No

If so, please list _____

✧ If you are a female of child bearing age, is there a chance you might be pregnant? Yes No

✧ Are you diabetic? Yes No

If so, are you taking any of the following? Glucophage Glucovance

Metformin Other _____

✧ Do you have a history of kidney disease? Yes No

If so, please specify _____

✧ Have you ever had any surgery(s)? Yes No

If so, please specify (type/approximate date) _____

✧ Do you, yourself, have any history of cancer? Yes No

If so, what type of cancer(s) do you have? _____

Approximately when were you diagnosed (month/year)? _____

Have you ever had any Chemo Therapy? Yes No

• If so, what is the approximate date of your last therapy? _____

Have you ever had any Radiation Therapy? Yes No

• If so, what is the approximate date of your last therapy? _____

PATIENT'S SIGNATURE: _____

Saint Clare's Hospital

DIAGNOSTICO POR MEDIO DE IMAGENES / QUESTIONARIO CT (Favor de completar lo más certeramente posible)

PACIENTE AMBULATORIO

PACIENTE INTERNADO

Favor usar letra de molde

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

✧ ¿Cuál es el diagnóstico(s) / razón(es) para el examen / síntoma(s)?

✧ ¿Alguna vez le han efectuado un CAT scan / PET Scan / o PET / CT Scan? Sí No

De contestar SI, favor de indicar fecha y lugar donde fueron hechos los scans: _____

✧ ¿Cuál es su peso? _____ ✧ ¿Cuál es su estatura? _____

✧ ¿Alguna vez le han inyectado un IV Contraste (IVP o Cat Scan con tinte)? Sí No

De contestar sí, ¿ha tenido una reacción? Sí No

De contestar sí, descríbala _____

✧ ¿Sufre de alergia a algún alimento(s) o medicina(s)? Sí No

De contestar sí, favor de anotarlos _____

✧ ¿De ser una fémina, existe la posibilidad de estar embarazada? Sí No

✧ ¿Es usted diabético? Sí No

De contestar sí, ¿está tomando? Glucophage Glucovance

Metformin Otro _____

✧ ¿Tiene historial de enfermedades de los riñones? Sí No

De contestar sí, favor de especificar _____

✧ ¿Alguna vez ha tenido operaciones/cirugías? Sí No

De contestar sí, indique tipo/fecha aproximada: _____

✧ ¿Tiene usted historial de cáncer? Sí No

De contestar sí, ¿que tipo de cáncer ha tenido? _____

¿Aproximadamente cuando fue diagnosticado (mes/año)? _____

¿Alguna vez ha sido sometido a Quimioterapia? Sí No

• De contestar sí, indique fecha aproximada de su ultima terapia: _____

¿Alguna vez ha sido sometido a Radioterapia? Sí No

• De contestar sí, indique fecha aproximada de su ultima terapia: _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____