

ENCUESTA INFORMATIVA PARA REALIZACION
DE TOMOGRAFÍA COMPUTADA

NOMBRE _____

EDAD _____ PESO _____

MÉDICO DE CABECERA _____

TELÉFONO DEL MÉDICO _____

LUGAR DONDE TRABAJA _____

POR QUE LE PIDE SU MÉDICO ESTE ESTUDIO: _____

ALERGIAS: _____

ALERGIA AL IODO: SI NO

FUMA: SI NO CUANTOS POR DÍA: _____ HACE CUANTOS AÑOS: _____

ALGUNA VEZ FUMÓ: SI NO CUANDO DEJÓ _____ CUANTOS FUMABA: _____
DURANTE CUANTO TIEMPO: _____

QUE ENFERMEDADES IMPORTANTES PADECE O PADECIÓ: _____

QUE CIRUGIA SE LE HA PRACTICADO

CIRUGIA DE _____ AÑO _____

CIRUGIA DE _____ AÑO _____

CIRUGIA DE _____ AÑO _____

ESTÁ O ESTUVO EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO: SI NO

QUIMIOTERAPIA SI NO AÑO _____

RADIOTERAPIA SI NO AÑO _____

MEDICAMENTOS QUE TOMA ACTUALMENTE _____

Es MUY IMPORTANTE para su seguridad responder correctamente este cuestionario, una vez completo deben firmar los responsables.

Firma del paciente

Firma de la secretaria

FECHA _____ / _____ / _____

ESTUDIO SOLICITADO: _____