



**PET / CT**  
**Cuestionario del Paciente**

<b>Fecha de Servicio:</b>	<b>Paciente:</b>	<b>MRN (N° Archivo Médico):</b>	<b># Teléfono</b>
<b>Procedimiento:</b>		<b>Estatura:</b>	<b>Peso:</b>
<b>Médico Remitente:</b>			<b>Fecha de Nacimiento:</b>

**Alergias a Medicamentos:**

<b>Pregunta</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>De ser así, entonces ...</b>					
¿Cirugía Previa?			¿Cuándo?					
			¿Qué se hizo?					
¿Radioterapia?			¿Cuándo?					
			¿Zona del Cuerpo?					
¿Quimioterapia?			¿Cuándo?					
			¿Cuáles Medicamentos?					
¿Diabetes?			¿Insulina?	<b>Sí:</b>		<b>No:</b>		¿Hora de última Dosis?
¿Colostomía?			Ubicación:					
¿Ileostomía?			Ubicación:					
¿Catéter permanente?			Ubicación:					
¿Drenajes / Herida abierta?			Ubicación:					
¿Infecciones?			Ubicación:					
¿Marcapasos?			Ubicación:					
¿Articulaciones artificiales?			Ubicación:					
¿Implantes?			Ubicación:					
¿Lesiones recientes?			Ubicación:					
¿Artritis?			Ubicación:					
¿Alguna comida hoy?			¿Cuándo?			¿Qué?		
¿Algún medicamento hoy?								
¿Claustrofóbico?								
¿Embarazada?			¿Amamantando?	<b>Sí:</b>		<b>No:</b>		
¿Dolor?			¿Dónde?					

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente (o Guardián Legal)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**(Si es Guardián, el parentesco)**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Testigo**

<b>SÓLO PARA USO DE PET / CT</b>			
<b>Glucose:</b>	<b>Dose:</b>	<b>mCi FDG:</b>	
<b>Inj. Time:</b>	<b>Inj. Site:</b>	<b>Inj. By:</b>	<b>Scan Time:</b>
<b>Tech Notes:</b>			