

COMPUTER TOMOGRAPHY (CT) PATIENT SCREENING

Reason for Today's CT Scan? _____

Other Significant Medical Problems: _____

Prior Surgery: What and When: _____

Do you have any implantable electrical devices (pacemaker, defibrillator, neurostimulator or infusion pumps)? Yes No

Have you had your Gallbladder Removed? Yes No

Have you had your Uterus Removed? Yes No

When was your Last Menstrual Cycle? _____

Is there Any Chance you are PREGNANT? Yes No

Your Approximate Weight: _____ lbs.

If your procedure requires contrast, complete the section below:

Have you had a previous CT or IVP? Type: _____

Prior Reaction or "Allergy" to X-ray Contrast?

If Yes, What kind of Reaction? _____

Do You Have:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Food or Drug Allergies | <input type="checkbox"/> Kidney Disease |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Sickle Cell Anemia |
| <input type="checkbox"/> Allergy to Shellfish | <input type="checkbox"/> Multiple Myeloma |
| <input type="checkbox"/> Hay Fever | <input type="checkbox"/> General Weakness or Debility |
| <input type="checkbox"/> Heart Disease | <input type="checkbox"/> Dehydration |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | |

PATIENT SIGNATURE

For Staff Use Only

_____ CC's Ionic _____ CC's Non-Ionic

Date: _____ BUN: _____ Creatinine: _____

Staff Signature: _____

PATIENT IDENTIFICATION



1300 West 7th Street
San Pedro, CA 90732

CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE DE TOMOGRAFIA (CT)

¿Motivo del estudio de la tomografía del día de hoy? _____

Otros problemas médicos significativos: _____

Historial Quirúrgico: Qué y cuando: _____

¿Tiene Usted dispositivos eléctricos implantados (marcapasos, desfibrilador, neuroestimulador o bomba de la infusión)? Si No

¿Le han quitado a Usted su vesicular biliar? Si No

¿Le han quitado a Usted su útero (matriz)? Si No

¿Cuándo fue su último ciclo menstrual? _____

¿Hay cualquier posibilidad de que este EMBARAZADA? Si No

Su peso aproximado: _____ lb

Si su procedimiento requiere contraste, termine la sección siguiente:

¿Ha tenido Usted una tomografía o un píelograma intravenoso anteriormente?

Tipo: _____

¿Ha tenido Usted una reacción o 'alergia' al contraste de radiografía anteriormente?

¿Si, qué clase de reacción? _____

Usted tiene:

- Alergias del alimento o de la droga
- Asma
- Alergia a los mariscos
- Fiebre del heno
- Enfermedad cardiaca
- Diabetes

- Enfermedad del riñón
- Anemia de células falciformes
- Mieloma múltiple
- Debilidad
- Deshidratación

FIRMA PACIENTE

Para el uso del personal solamente

CC's Ionic

CC's Non-Ionic

Date: _____ BUN: _____ Creatinine: _____

Staff Signature: _____



1300 West 7th Street
San Pedro, CA 90732