

CT Contrast Injection Patient Questionnaire--Spanish
Cuestionario para Pacientes sobre la Inyección de Contraste para Tomografía Computarizada (CT)

Patient Name **Nombre de Paciente:** _____

Date **Fecha:** _____ Age **Edad:** _____ Weight **Peso:** _____ Height **Estatura:** _____ Sex **Sexo:**
 M F

What is the reason this exam was ordered? **¿Qué es la razón por la cual se ordenó este examen?** _____

Yes/Sí **No**

1. Do you have any allergies to food or medicine? **Tiene Ud. alergia a alguna comida o medicina?**
 If Yes, please list : **Si tiene, favor de apuntarla(s) aquí** _____
2. If you had a previous reaction to a contrast injection in CT or MRI, what kind of reaction did you have? Describe reaction. **Si Ud. ha tenido anteriormente alguna reacción a una inyección de contraste para CT o MRI, ¿qué clase de reacción tuvo? Describa la reacción:** _____
3. If you had a prior reaction to a contrast injection, have you been premedicated with a corticosteroid (such as prednisone or solumedrol)? **Si Ud. ha tenido anteriormente alguna reacción a una inyección de contraste, ¿ha sido Ud. premedicado(a) con un corticosteroide (tal como prednisone or solumedrol)?**
4. Are you allergic to latex? **¿Es Ud. alérgico(a) al látex?**
5. Do you have diabetes? **¿Tiene Ud. diabetes?**
6. If you have diabetes, are you on insulin? **Si Ud. tiene diabetes, ¿usa Ud. insulina?**
7. Do you take pills for your diabetes? Check all that apply **Toma Ud. pastillas para la diabetes?**
Marque todo lo que sea pertinente
 Metformin – containing medication **Medicamento que contiene Metformin**
 other **Otro** _____
8. Do you have asthma, COPD, emphysema or other respiratory problems? **¿Tiene Ud. asma, COPD (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), enfisema, u otro problema respiratorio?**
9. If you have asthma, do you use an inhaler? **Si Ud. tiene asma, ¿usa Ud. un inhalador?**
10. **Are you on hypertensive (high blood pressure) medication? ¿Toma Ud. un medicamento para hypertension (alta presión arterial)?**
11. Have you ever been told that you have had heart failure? **¿Alguna vez se le ha diagnosticado insuficiencia cardiaca?**
12. Are you on any heart medication? Please list **¿Toma Ud. algún medicamento para el corazón?**
Favor de apuntarlo(s) _____
13. Do you have or have you ever had kidney problems in the past or present? **¿Tiene Ud. actualmente o ha tenido en el pasado algún trastorno del riñón?**

Check all that apply **Marque todo lo que sea pertinente:**

- kidney stones **cálculos renales** *blood in urine* **sangre en la orina** *renal cancer* **cáncer renal**
 kidney transplant **trasplante de riñón**
 kidney removal **extirpación del riñón** *renal failure* **insuficiencia renal** *chronic use of NSAIDs: advil /naprosyn/ibuprofen* **uso crónico de los NSAIDS (antiinflamatorios no esteroideos): advil /naprosyn/ibuprofen**

PATIENT SIGNATURE FIRMA	PRINT NAME NOMBRE	DATE FECHA
-------------------------	-------------------	------------

PT.NO

NAME

DOB

UW Medicine
 Harborview Medical Center – UW Medical Center
 University of Washington Physicians
 Seattle, Washington

CONTRAST INJ PT QUESTIONNAIRE

U2359

U2359

UH2359 REV JUL 10

14. If you have kidney problems--Have you been premedicated with Mucomyst® (acetylcysteine)? **¿Si tiene problemas renales—ha sido premeditado(a) con Mucomyst® (acetil cisteína)?**
15. Are you on dialysis? **¿Recibe diálisis?**
16. Female: Is there any possibility you could be pregnant? **Mujeres: ¿Hay alguna posibilidad que Ud. esté embarazada?**
17. Have you ever had a transplant? Are you being evaluated for a possible transplant? If yes, what kind? **¿Ha tenido Ud. algún trasplante? ¿Se está evaluando para un posible trasplante? En caso afirmativo, ¿Qué tipo?** _____
18. Have you had major surgery? If so, what type **¿Ha tenido Ud. alguna cirugía mayor? En caso afirmativo, ¿Qué tipo?** _____
19. Do you have a history of vascular surgery for Arteriosclerosis? **¿Tiene Ud. un historial de cirugía vascular para Arteriosclerosis?**
20. Do you have Sickle Cell disease? **¿Tiene enfermedad de células falciformes?**
21. Do you have Myeloma? **¿Tiene mieloma?**
22. Do you have active Gout? **¿Tiene gota activa?**
23. Do you have Lupus? **¿Tiene lupus?**
24. Are you taking multiple antibiotics? **¿Está Ud. tomando antibióticos múltiples?**

TECHNOLOGIST SIGNATURE	PRINT NAME	NPI	DATE	TIME
------------------------	------------	-----	------	------

PT.NO

NAME

DOB

UW Medicine
 Harborview Medical Center – UW Medical Center
 University of Washington Physicians
 Seattle, Washington

CONTRAST INJ PT QUESTIONNAIRE

U2359

U2359