

Patient Name/Nombre del paciente: _____
 Today's Date: _____ Age: _____ Weight: _____ Height: _____ Sex: M F
 Fecha de hoy: _____ Edad: _____ Peso: _____ Estatura: _____ Sexo:

What is the reason this exam was ordered? _____
¿Cuál es el motivo de esta prueba?

Allergy Information – Información sobre sus alergias

Yes/Sí No

Are you allergic to iodine, IVP dye or x-ray/CT contrast? If yes, what was your reaction? _____
 ¿Tiene alergia al yodo, tinta de IVP (pielograma intravenoso) o tinta de contraste para rayos X/Tomografía computada (CT)?

If you have a known allergy to x-ray/CT contrast, did you take prednisone and/or Benadryl last night and today?
 Si tiene una alergia conocida a la tinta de contraste para rayos X/Tomografía computada, ¿Tomó usted prednisona y/o Benadryl anoche y hoy?

Do you have any other allergies?
 ¿Tiene otras alergias?

If yes, please explain: _____
 Si es así, explique:

Do you have asthma? If yes, is it currently affecting you? _____
 ¿Tiene asma? Si es así, ¿le afecta actualmente?

Renal (Kidney) Health Related Information - Información sobre la salud de sus riñones

Yes/Sí No

Do you have kidney disease or kidney failure?
 ¿Tiene enfermedad o insuficiencia renal?

Have you had a kidney transplant?
 ¿Le han trasplantado un riñón?

Have you previously had kidney surgery?
 ¿Le han operado de un riñón?

Do you have a family history of kidney failure?
 ¿Hay historial familiar de insuficiencia renal?

Do you have a history of kidney cancer or mass?
 ¿Ha tenido usted cáncer renal o una masa en un riñón?

PLACE PATIENT LABEL HERE

UW Medicine
 Harborview Medical Center – Northwest Hospital & Medical Center
 Valley Medical Center – UW Medical Center
 University of Washington Physicians Seattle, Washington

CT SCREENING - SPANISH

Page 1 of 2



U2359

Have you been feeling sick with nausea, vomiting, or diarrhea?
¿Se ha sentido enfermo con náuseas, vómitos o diarrea?

Other - Otro
Yes/Sí No

Female: Is there any chance you could be pregnant?
Mujeres: ¿Podría usted estar embarazada?

Do you take medication for high blood pressure?
¿Toma usted medicamento para la alta presión sanguínea?

Do you take Glucophage (Metformin)?
¿Toma Glucophage (metformina)?

Do you have Diabetes?
¿Tiene diabetes?

Do you have any other pertinent medical history? Please explain briefly.
¿Tiene usted algunos otros antecedentes médicos relevantes? Explique brevemente:

Patient Name (printed) Nombre del paciente (letra de molde)	Patient (or legal guardian) Signature FIRMA del paciente (o tutor legal)	Date Signed Fecha de firma
--	---	-------------------------------

If signed by person other than patient, provide printed name, relationship to patient, description of authority
Si la firma no es del paciente, provea su nombre en letra de molde, e indique la base de su autoridad

Spanish Translation by UWMC Interpreter Services in May 2019

This Section for Hospital Use	
Date:	MRN:
Creatinine: GFR:	Lab Date:
If GFR is less than 30, notify physician.	
Name:	Date:

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

PLACE PATIENT LABEL HERE

UW Medicine
Harborview Medical Center – Northwest Hospital & Medical Center
Valley Medical Center – UW Medical Center
University of Washington Physicians Seattle, Washington

CT SCREENING - SPANISH
Page 2 of 2

