



**GERENCIA DE SERVICIOS DIAGNÓSTICOS  
FICHA DE DATOS DEL PACIENTE  
SERVICIO DE RESONANCIA MAGNÉTICA Y TOMOGRAFÍA**

TOMOGRAFIA  RESONANCIA

¿EL PACIENTE REQUIERE SEDACIÓN? SI  NO

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ SEXO: F  M   
 DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

¿ES ALÉRGICO AL YODO? SI  NO  ¿SUFRE USTED DE CLAUSTRÓFOBIA? (MIEDO AL ENCIERRO) SI  NO   
 ¿EL ESTUDIO AMERITA ADMINISTRACIÓN DE CONTRASTE? SI  NO  DE SER AFIRMATIVO, INDIQUE: ORAL  ENDOVENOSO   
 ¿AUTORIZA LA ADMINISTRACIÓN DEL CONTRASTE? SI  NO  ¿EL PACIENTE ESTÁ EN AYUNAS? SI  NO   
 ¿EL ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO O ALIMENTO? SI  NO  ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

**SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN CORRESPONDA, NO DEJE ESPACIOS EN BLANCO**

<b>¿TIENE USTED?</b>		<b>¿PADECE USTED? DE ENFERMEDADES COMO:</b>	
MARCAPASOS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TENSIÓN ALTA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CABLES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
IMPLANTES MEDULARES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ASMA BRONQUIAL	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
PROTESIS METÁLICAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CONVULSIONES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
VÁLVULAS CARDÍACAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	AFECCIONES PULMONARES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
BOMBAS MECÁNICAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CÁNCER	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
IMPLANTES DE DIDO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PROBLEMAS RENALES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
MAQUILLAJE PERMANENTE	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DIABETES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
EXTENSIONES DE CABELLO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

**FAVOR, RESPONDER LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, LAS CUALES TIENEN COMO PROPOSITO AYUDAR A LOS MÉDICOS RADIÓLOGOS A EMITIR UN DIAGNÓSTICO**

¿ESTÁ RECIBIENDO ALGÚN TRATAMIENTO? SI  NO  ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_  
 RADIOTERAPIA SI  NO  INDIQUE LA FECHA DEL ÚLTIMO TRATAMIENTO \_\_\_\_\_  
 QUIMIOTERAPIA SI  NO  INDIQUE LA FECHA DEL ÚLTIMO TRATAMIENTO \_\_\_\_\_

OTRO, ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_  
**SITIO A DONDE SE LE DIRIGE EL DOLOR O SE LE DUERME:** PIERNA DERECHA  PIERNA IZQUIERDA  BRAZO DERECHO  BRAZO IZQUIERDO

¿TRAJO IMÁGENES DE ESTUDIOS ANTERIORES? PLACAS DE RAYOS X  RESONANCIA MAGNÉTICA  ECOGRAFÍA

**EXPLIQUE LOS SÍNTOMAS Y CUANDO COMENZARON**  
 ¿SE HA REALIZADO ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA? SI  NO  SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, EXPLIQUE, \_\_\_\_\_  
 ¿HA TENIDO HISTORIA DE CÁNCER? SI  NO  SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿EN CUÁL ZONA? \_\_\_\_\_  
 ¿ESTÁ EMBARAZADA, O SOSPECHA DE EMBARAZO? SI  NO

**FIRMA DEL PACIENTE**

**EN CASO QUE EL PACIENTE NO ESTÉ EN CONDICIONES DE SALUD PARA ESCRIBIR Y FIRMAR O SEA MENOR DE EDAD, INDIQUE,**  
 NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_

TELÉFONOS: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_