

**DENVER INTEGRATED IMAGING**  
**TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC)//COMPUTED TOMOGRAPHY (CT)**

Fecha//Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nombre//Name \_\_\_\_\_  
Last name First name

Edad//Age \_\_\_\_\_ Altura// Height \_\_\_\_\_ Peso//Weight \_\_\_\_\_ Hombre(M)/Mujer(F)

Fecha de Nacimiento//DOB \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Parte del cuerpo examinada// Body Part to be Examined \_\_\_\_\_

Sintomas o razon por examen//Reason for CT and/or Symptoms:  
 \_\_\_\_\_

Cuanto tiempo con sintomas//How long have you been treated for this injury/illness: \_\_\_\_\_

Medico Referido//Referring Physician \_\_\_\_\_ Telefono// Telephone (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

1 ¿Ha tenido usted anterior cirugía o una operación de cualquier clase?// Have you had prior surgery or an operation of any kind? No SI//Yes

Si sí, por favor indique la fecha y tipo de cirugía // If yes, please indicate the date and type of surgery:

Fecha//Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tipo de Cirugía//Type of surgery \_\_\_\_\_

Fecha//Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tipo de Cirugía//Type of surgery \_\_\_\_\_

2. Ha tenido usted un estudio anterior de MRI, CT, Ultrasonido, Rayos X, etc.//Have you had a prior diagnostic imaging study or examination? No SI// Yes Si, si porfavor de una lista//If yes, please list:

Cuerpo// Body part	Fecha// Date	Lugar// Facility
MRI _____	____/____/____	_____
CT/CAT Scan _____	____/____/____	_____
X-Ray _____	____/____/____	_____
Ultrasound _____	____/____/____	_____
Medicina Nuclear// Nuclear Medicine _____	____/____/____	_____
Otro//Other _____	____/____/____	_____

3 ¿Ha tenido cancer?//Have you ever had cancer SI//Yes No  
 Si, si indique el tipo//If yes, please indicate the type \_\_\_\_\_

¿Tuvo usted radioterapia?// Did you have radiation therapy? SI//Yes No

¿Tuvo usted quimioterapia?// Did you have chemotherapy? SI//Yes No

4. ¿Tiene usted algunos otros problemas médicos?//Do you have any other medical problems? SI//Yes No

Si, si porfavor explique// If yes, please explain:  
 \_\_\_\_\_

5. ¿Tiene usted algunas alergias?//Do you have any allergies? SI//Yes No

Si, si porfavor liste// If yes, please list:  
 \_\_\_\_\_

6. ¿Tiene usted algunas alergias de comida?//Do you have any food allergies? SI//Yes No

Si, si porfavor liste// If yes, please list:  
 \_\_\_\_\_

- SI//Yes No ¿Es usted diabético?//Are you diabetic?  
 SI//Yes No ¿Toma usted a Glucophage o Metaphormin Hydrochloride?//Do you take Glucophage or Metaphormin Hydrochloride?  
 SI//Yes No ¿Tiene usted Asma?//Do you have Asthma?  
 SI//Yes No ¿Tiene usted la Enfermedad Drepanocitosis?// Do you have Sickle Cell Disease or Sickle Cell Trait?  
 SI//Yes No ¿Tiene usted Enfermedad del Hígado o Riñón?//Do you have Kidney or Liver Disease?

**Solo para Mujeres//For female patients:**

1. Fecha de su último periodo menstrual://Date of last menstrual period: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ¿Es Post-Menopausal? //Post menopausal?  
 SI//Yes No  
 2. ¿Está embarazada usted o experimentando un periodo menstrual retrasado?//Are you pregnant or experiencing a late menstrual period?  
 SI//Yes No  
 3. ¿Esta tomando anticonceptivos orales o tratamiento hormonal?// Are you taking oral contraceptives or receiving hormonal treatment?  
 SI//Yes No  
 4. ¿Toma usted algún tipo de medicación de fertilidad o tiene los tratamientos de fertilidad?//Are you taking any type of fertility medication or having fertility treatments? SI//Yes No  
 5. ¿Usted esta amamantando?// Are you currently breastfeeding? SI//Yes No

Yo atestiguo que la información encima es correcta según mi leal saber y entender. He leído y comprendo el contenido de esta forma y he tenido oportunidad de hacerle preguntas referente a la información en esta forma y estimando el método de TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC)//CT que estoy a punto de experimentar.//I attest that the above information is correct to the best of my knowledge. I have read and understand the contents of this form and have had the opportunity to ask questions regarding the information on this form and regarding the CT procedure that I am about to undergo.

Nombre de paciente//Patient's Name: \_\_\_\_\_ Fecha//Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma de persona llenando forma//Signature of Person Completing Form: \_\_\_\_\_

La Relación con el paciente/relationship to pt: \_\_\_\_\_

Por favor lea y firme si su CT lleva un agente de contraste//Please read and sign if you are also to have a CT with contrast.

**Concenimiento para el uso de Agente de Contraste por vía Intravenosa**

**Consent for Intravenous Contrast Agent**

Su doctor le ha ordenado un CT que lleve contraste inyectable, el contraste será administrado por vía intravenosa (en su vena). El contraste es casi completamente eliminado en la orina con 24 horas tras inyección. Su uso primario es proveer realce de contraste y dar facilidades para ver áreas de preocupaciones o interés, tal como los vasos sanguíneos o tejido cicatricial. // Your doctor has ordered your CT to be performed with an injectable contrast agent, to be administered to you intravenously (in the vein). It is nearly completely eliminated in the urine with 24 hours after injection. Its primary use is to provide contrast enhancement and make it easier to see areas of concern or interest, such as blood vessels or scar tissue.

Consiento para la inyección intravenosa de agente contrastante. Yo comprendo eso al igual que con cualquier medicación, incluyendo estos compuestos, hay un riesgo de reacciones físicas. Estos han sido explicados para mí y estoy de acuerdo en tener este método.

I consent to the intravenous injection of contrasting agent. I understand that as with any medication, including these compounds, there is a risk of physical reactions. These have been explained to me and I consent to having this procedure.

La fecha//Date: \_\_\_\_\_ Firma//Signature: \_\_\_\_\_