CUESTIONARIO PARA INICIAR PROCESO DE AGENDA ESTUDIO DE PET SCAN

DATOS GENERALES E INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE_____
Apellido Paterno **Apellido Materno** **Nombre (s)**

SEXO : F M	EDAD: _____	FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____ **Día Mes Año**	PESO: _____	**Marque con "X" la unidad de peso:** KILOS	LIBRAS

DOMICILIO:_____
Calle y Número **Colonia** **Ciudad y Estado** **C.P**

EMAIL:_____

TELÉFONO (1):_____ TELÉFONO (2):_____

AREA DE PREGUNTAS; FAVOR DE CONTESTAR TODAS Y CADA UNA DE ELLAS

¿***Se ha hecho algún estudio en Scantibodies, anteriormente***? SÍ | NO ¿Cuál?_____

NOMBRE DEL MÉDICO ESPECIALISTA QUE SOLICITA EL ESTUDIO DE PET-CT (TRATANTE):
_____

TELÉFONO DE MEDICO TRATANTE:_____

E-MAIL DE MEDICO TRATANTE:_____

Diagnóstico Médico o tipo de cáncer que padece:
(De no saber, pregunte a su Médico)

Motivo del estudio: (De no saber, pregunte al Médico que le solicita el estudio)

¿Ha recibido **Radioterapia**? SÍ NO

Favor de indicar fecha de su última sesión: _____/_____/_____
Día Mes Año

¿En qué parte del cuerpo recibió la Radioterapia?
_____

¿Ha recibido usted **Quimioterapia**? SÍ NO

Favor de indicar fecha de su última sesión: _____/_____/_____
Día Mes Año

¿Cree usted que vaya a necesitar el Servicio de Anestesia para el estudio? ***NOTA: Solo es necesario para niños pequeños, y pacientes que vienen con mucho dolor o son sumamente nerviosos, claustrofóbicos o tienen movimientos involuntarios***
Si su respuesta es SÍ, necesita saber que el servicio de anestesiología lleva un costo extra al estudio de PET-CT. SÍ NO

Fecha y tipo de la última cirugía (Incluye Biopsias, Tatuajes, aretes, expansiones, extracción de alguna pieza dental, o alguna herida que haya necesitado sutura (puntadas):

Tipo de cirugía:_____ _____/_____/_____
Día Mes Año

¿Se puede usted mover por si solo?	SÍ	NO	¿Está usted Hospitalizado?	SÍ	NO
¿Utiliza algún aparato de ayuda para movilizarse? SÍ NO			¿Requiere Oxigeno suplementario?	SÍ	NO
¿Cuál? _____			**En Mujeres** ¿Está usted embarazada o lactando?	SÍ	NO

¿Padece usted Diabetes? : SÍ NO
Si su respuesta es sí, favor de indicar el tratamiento que utiliza para la Diabetes:_____

Si usted padece diabetes favor de indicar sus niveles de glucosa recientes de los últimos 5 días:

Día 1: _____/ **Día 2:**_____/ **Día 3:** _____/ **Día 4:** _____/ **Día 5:** _____/

EN CASO DE REQUERIR FACTURA LLENAR LOS SIGUIENTES DATOS

NOMBRE COMPLETO DE QUIEN REQUIERE FACTURA:_____
Apellido Paterno **Apellido Materno** **Nombre (s)**

DOMICILIO:_____
Calle y Número **Colonia** **Ciudad y Estado** **C.P**

RFC: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

FIRMA DEL PACIENTE	**FECHA** _____/_____/_____ **Día Mes Año**

Favor de enviar toda documentación al correo de: citas@imagenologiayterapia.com