

## DATOS GENERALES DEL PACIENTE

NOMBRE: \_\_\_\_\_  

Apellido Paterno
Apellido Materno
Nombre (s)

SEXO : F M	EDAD: _____	FECHA DE NACIMIENTO: _____ <small style="text-align: center;">Día Mes Año</small>	PESO: _____	KILOS	LIBRAS
------------	-------------	--	-------------	-------	--------

DOMICILIO: \_\_\_\_\_  

Calle y Número
Colonia
Ciudad y Estado
C.P

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO (1): \_\_\_\_\_ TELÉFONO (2): \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

¿SE HA HECHO ALGÚN ESTUDIO EN SCANTIBODIES ANTERIORMENTE? SÍ | NO ¿CUÁL? \_\_\_\_\_

NOMBRE DE MÉDICO QUE SOLICITA ESTUDIO PET-CT (TRATANTE): \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE MEDICO TRATANTE: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO DE MEDICO: \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO MÉDICO/TIPO DE CÁNCER QUE PADECE:** \_\_\_\_\_ **MOTIVO DEL ESTUDIO:** \_\_\_\_\_

¿Ha recibido <b>QUIMIOTERAPIA</b> ?	SI	NO	¿Se puede usted mover por si solo?	SI	NO
-------------------------------------	----	----	------------------------------------	----	----

FECHA DE ÚLTIMA SESIÓN: _____ <small style="text-align: center;">Día Mes Año</small>	¿Utiliza algún aparato para moverse?	SI	NO
¿Cuál? _____			

¿Ha recibido <b>RADIOTERAPIA</b> ?	SI	NO	¿Está usted hospitalizado?	SI	NO
------------------------------------	----	----	----------------------------	----	----

FECHA DE ÚLTIMA SESIÓN: _____ <small style="text-align: center;">Día Mes Año</small>	¿Requiere oxígeno suplementario?	SI	NO
---	----------------------------------	----	----

¿En qué parte del cuerpo recibió Radioterapia? _____	Mujeres ¿Está usted embarazada o lactando?	SI	NO
--	--	----	----

¿Alergias? (MEDICAMENTOS, ALIMENTOS, RESPIRATORIAS)	SI	NO
¿Cuáles? _____		

¿Cree usted necesitar el servicio de anestesia para el estudio?	SI	NO	Razón: _____
---	----	----	--------------

**FAVOR DE INDICAR CIRUGIAS RECIENTES:** (Biopsias, tatuajes, aretes, extracción de alguna pieza dental, o alguna herida que haya necesitado sutura (puntadas):

TIPO DE CIRUGÍA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  

Día
Mes
Año

¿Padece usted de **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: \_\_\_\_\_

## DATOS FISCALES

RAZON SOCIAL: \_\_\_\_\_  

Apellido Paterno
Apellido Materno
Nombre (s)

RFC: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE	FECHA _____ <small style="text-align: center;">Día Mes Año</small>
--------------------	---



## PREPARACION DE PACIENTES PARA ESTUDIO DE TOMOGRAFIA POR EMISION DE POSITRONES (PET-CT)

**SI EL PACIENTE PASA POR ALTO ALGUNA DE LAS INDICACIONES DE PREPARACIÓN CORRE EL RIESGO DE QUE NO SE PUEDA REALIZAR EL ESTUDIO Y PERDER SU DEPOSITO**

### NOTAS IMPORTANTES:

- Solo es permitido acompañante si paciente es menor de edad o incapacitado/minusválido.
- No son permitidos menores de 18 años o mujeres embarazadas acompañando a paciente.
- **SIN EXCEPCIONES: uso de mascara que cubra nariz, boca y barbilla completamente.**
- **Paciente con diabetes:** no se realizara estudio y se perderá depósito si niveles de glucosa son mayores de 150mg/dl.
- **Mujeres embarazadas:** estudio no se puede realizar por riesgo de daño al feto.
- **Mujeres en lactancia:** avisar a Scantibodies al menos 3 días antes de su cita para otorgarle instrucciones especiales.
- **Servicio de anestesia:** requiere previa programacion de anestesiólogo con costo adicional.
- **Miastenia gravis:** avisar a personal de Scantibodies si paciente padece de miastenia gravis.
- Proceso de estudio requiere se realice cita previa vía telefónica o por correo electrónico.
- Es necesario presentarse en Scantibodies el día de su cita por lo menos 10 minutos antes.
- Una vez confirmada cita, si paciente cancela estudio de último momento no habrá devolución de depósito, sin excepciones. Instituciones tendrán un cargo de 50% del costo total de estudio.

### DIA ANTES DEL ESTUDIO:

- No ingerir azucares y comidas altas en carbohidratos **24 horas antes** de su estudio.
- No fumar, no tomar bebidas alcohólicas o con cafeína **12 horas antes** de su estudio.
- No hacer ejercicio físico intenso o deporte **24 horas antes** de su estudio.

### DIA DEL ESTUDIO:

- **Ayuno total de 8 horas** (incluye goma de mascar).
- **No suspender medicamentos** aun con ayuno; pacientes diabéticos ver instrucciones en la siguiente página.
- **Pacientes hospitalizados:** no utilizar suero en las 8 horas antes de su estudio.
- Traer ropa cómoda, sin metal, adornos o cierres metálicos. (Ex: ropa deportiva, pijamas, etc.)
- No se permite el uso de joyas, adornos y decoraciones. De preferencia no usar maquillaje para su estudio.
- Pacientes con cabello largo deben traerlo completamente recogido.
- Traer consigo solicitud original donde su medico tratante lo envía a realizarse estudio PET. Subrogados traer copia de carnet de institución y documentos de la subrogación autorizada
- Es Indispensable traer consigo estudios previos de imagen y/o resultados previos de patología ó biopsias que tenga. Pueden ser disco, placas o reportes escritos; éstos se revisarán durante su cita y se regresarán al concluir el estudio (Ex: Resonancias Magnéticas, Tomografías, Ultrasonidos, etc.)

FIRMA DE PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

## DESPUES DEL ESTUDIO:

---

- **No tener contacto con mujeres embarazadas o menores de 18 años durante 8 horas después de su estudio.**
- Evitar lugares concurridos durante 8 horas después de su estudio.  
(Ex: centros comerciales, restaurantes, cines, eventos sociales, aeropuertos)
- Al término del estudio se le entregara folder con imágenes y disco de su PET scan.
- Los resultados se entregan en un lapso de **72 horas hábiles.**

## PACIENTES CON DIABETES:

---

Para poder realizar PET/CT, el paciente con diabetes debe tener una **glucosa capilar menor a 150mg/dL.**

- Favor de suspender **INSULINA 4 horas antes** de su cita.
- Favor de suspender **METFORMINA 24 horas antes** de su cita.
- Traer consigo medicamento/insulina que usa el día de su cita. Después de realizarse estudio puede continuar con su medicación como su medico indique.

**NOTA:** DE PREFERENCIA REALIZAR SEGUNDO PAGO DEL ESTUDIO POR TRANSFERENCIA O CON TARJETA DE CREDITO/DEBITO.

**FAVOR DE ENVIAR DOCUMENTACION AL CORREO ELECTRONICO:** [citas@imagenologiyterapia.com](mailto:citas@imagenologiyterapia.com)

FIRMA DE PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_