

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 EN KILOS : _____
-----------	-------------	---	-----------------------

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 QUIMIOTERAPIA ?	SI	NO	¿Se puede usted mover por si solo?	SI	NO
-------------------------------------	----	----	------------------------------------	----	----

FECHA DE ÚLTIMA SESIÓN: ____/____/____
Día Mes Año

¿Utiliza algún aparato para moverse?	SI	NO
--------------------------------------	----	----

¿Cuál? _____

¿Ha recibido RADIOTERAPIA ?	SI	NO
------------------------------------	----	----

¿Está usted hospitalizado?	SI	NO
----------------------------	----	----

FECHA DE ÚLTIMA SESIÓN: ____/____/____
Día Mes Año

¿Requiere oxígeno suplementario?	SI	NO
----------------------------------	----	----

Mujeres ¿Está usted embarazada o lactando?	SI	NO
--	----	----

¿En qué parte del cuerpo recibió Radioterapia? _____

¿Alergias? (<i>MEDICAMENTOS, ALIMENTOS, RESPIRATORIAS</i>)	SI	NO
--	----	----

¿Cuáles? _____

¿Entiende y puede seguir indicaciones?	SI	NO
--	----	----

¿Presenta movimientos involuntarios? Si su respuesta es SI, paciente requerirá servicio de anestesia.	SI	NO
---	----	----

¿Es usted zurdo?	SI	NO
------------------	----	----

FAVOR DE INDICAR CIRUGIAS RECIENTES: (Biopsias, tatuajes, aretes, extracción de alguna pieza dental, o alguna herida con 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 ____/____/____
Día Mes Año