

Cuestionario de seguridad para escáner (TAC)

Ha realizado con anterioridad un escáner	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Alguna vez ha recibido una inyección de contraste ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tiene alergias ? En caso afirmativo cuales :	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Cuál es tu peso ? Kg		
Tiene insuficiencia renal ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Es usted diabético ? En caso afirmativo, que medicinas toma ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tiene enfermedad del tiroides ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tiene glaucoma (aumento de la presión intraocular) ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Toma medicinas :		
Anticoagulantes/antiagregantes <input type="checkbox"/>	Para el hipertiroidismo <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

PARA MUJERES :

 Está embarazada o sospecha estarlo ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Da de mamar ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

Señor Señora Fecha de nacimiento :

Apellido : Nombre :

Los informes médicos, así como las imágenes realizadas en nuestro centro, se transmiten al médico que prescribe el examen y otros profesionales de la salud mencionados en la hoja de prescripción de su médico. Con frecuencia, médicos especialistas, hospitales, **CHUV o HUG (hospitales universitarios de Ginebra)** nos solicitan los resultados de las imágenes y los exámenes realizados en nuestro centro. Con su firma :

- Usted acepta que se les envíen los informes médicos y las imágenes cuando esté en tratamiento con ellos, respetando el principio de proporcionalidad.
- Usted acepta que el centro **Imagerie La Chaux-de-Fonds SA** pueda solicitar informes antiguos o imágenes necesarias para el diagnóstico de los exámenes realizados en nuestras instalaciones, respetando el principio de proporcionalidad.

Fecha :

Firma :