

FREDERICK RADIOLOGY CT SCREENING FORM

Today's Date/el día de hoy: _____

Name/Nombre: _____ Sex: **M** or **F** Weight/Peso: _____

Height/Altura: _____ Date of Birth/fecha de nacimiento: _____

Why did your doctor order this scan/motivo de su visita? _____

Please describe any pain or discomfort you have currently/describe tu dolor: _____

Have you ever had a CT scan before/¿Alguna vez ha tenido una tomografía computarizada?? If yes, what type, when, and where/En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde? _____

Do you have, or have you ever had any of the following?	YES	NO
Allergies to food or medications/¿Tiene alergias a alimentos o medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A current or previous diagnosis of cancer/¿Algún cáncer actual o anterior?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>If yes, what type and when/En caso afirmativo, ¿qué tipo y fecha?</i>		
<i>What kind of treatment did you receive and when/¿Qué tratamiento recibiste y cuándo??</i>		
Have you ever had a major surgery/¿Alguna cirugía mayor??	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>If yes, what kind and when/en caso afirmativo, ¿qué tipo y cuándo??</i>		
Do you have any major medical conditions/¿Tienes algún problema médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>If yes, what/en caso afirmativo, ¿de qué tipo?</i>		
Are you pregnant or is there a chance that you may be pregnant/¿Estás embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are you currently breastfeeding/¿estas amamantando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I attest that the information provided is correct to the best of my knowledge. I have read and understand the contents of this form and I have had the opportunity to ask questions regarding the information on this form. I understand if I provided any false information, I am held responsible for any injury or risk that may be involved with having this study.

Acepto que toda la información es correcta. He leído y entiendo la información en este formulario y he tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta. Entiendo que, si he proporcionado información falsa, soy responsable de cualquier lesión o riesgo.

X _____
 Patient/Parent/Legal Guardian
 firma del paciente

Date/Fecha: _____

X _____
 CT Technologist Signature

Date: _____