

## Diagnostic Imaging Information Sheet

Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Today's Date: \_\_\_\_\_

Height: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_  
Information is required for IV contrast dosage specific to you and your body size.

1. What Exam are you having with us today? (Please Circle One Below)

CT \* MRI \* Ultrasound \* Nuclear Medicine \* PET CT \* Nuclear Cardiology

Which body part are we imaging today? \_\_\_\_\_

2. Have you had prior imaging on this area? (Please Circle One) Yes No

Date of prior exam? \_\_\_\_\_ Where \_\_\_\_\_

3. Please list your symptoms/reason for imaging today:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Please list surgeries/date related to this exam.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Are you currently taking any medications? (Please List)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Is there any other information related to today's exam that you feel would be helpful to us?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### TO BE COMPLETED BY TECHNOLOGIST

Did you bring your prior studies, CD or films today? YES \* NO If NO please explain : \_\_\_\_\_  
Location of films: \_\_\_\_\_

When can you obtain the FILMS and REPORT? \_\_\_\_\_

When can you bring them back here to HUMC? : \_\_\_\_\_

Name of Technologist Reviewing Information: \_\_\_\_\_

Exam Loc. \_\_\_\_\_ Ext. for MD to call Tech. \_\_\_\_\_ Scanner ID# \_\_\_\_\_

Are you allergic to artificial sweeteners? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Oral contrast given: DATE \_\_\_\_\_ TIME \_\_\_\_\_

Technologist / RN administering Oral Contrast: \_\_\_\_\_

## Hoja de Información para Imágen Diagnóstica

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

1. ¿Le han tomado una imágen anteriormente de la parte del cuerpo que vamos a examinar en el día de hoy? (Por favor circule su respuesta)

Sí                      No

¿Cuál fue el tipo de estudio diagnóstico? \_\_\_\_\_

¿Fecha de la prueba anterior? \_\_\_\_\_, ¿Dónde se le hizo? \_\_\_\_\_

2. Por favor indique sus síntomas y/o razones para hacerse esta prueba en el día de hoy:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Por favor especifique sus condiciones/cirujías y respectivas fechas.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. ¿Usted está tomando algún medicamento actualmente/medicamentos sin recetas incluyendo vitaminas y productos naturales? (Por favor especifique)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. ¿Usted es alérgico a algún alimento o medicamento? Si su respuesta es sí, por favor especifique

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. ¿Hay alguna otra información relacionada con la prueba del día de hoy que usted entienda nos serviría de ayuda?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Enfermera(o)/Tecnólogo(a) / Terapias

Nombre e iniciales: \_\_\_\_\_

¿Es usted alérgico a los edulcorantes artificiales?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Contraste oral que se dan: Fecha \_\_\_\_\_ Tiempo \_\_\_\_\_

Tecnólogo / enfermera nombre \_\_\_\_\_