

PET/TC, parte A: MINORISTA

Apellido: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Altura _____ Peso _____ lb/kg

Responda cuidadosamente las siguientes preguntas de detección:

¿Se sometió a algún procedimiento médico o dental en las últimas 24 horas? Sí No

Enumere sus cirugías anteriores y las fechas: _____

¿Cuándo fue la última vez que comió o bebió algo que no fuera agua? _____

¿Está embarazada o amamantando? Sí No

Fecha del último periodo menstrual (Last Menstrual Period, LMP) _____ (Las pacientes embarazadas necesitan un consentimiento informado)

¿Tiene diabetes? Sí No

Si la respuesta es sí, escriba la fecha y hora de la última dosis de insulina: Inyección _____ Oral _____

Medicamentos para la estimulación de la médula ósea (por ejemplo: Procrit, Epogen, Neulasta) Sí No

¿Tomó antagonistas del receptor de estrógeno, como tamoxifeno o fulvestrant? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿cuándo? _____

¿Se le realizaron estudios con bario en las últimas 72 horas? Sí No

¿Tuvo diarrea en los últimos 2 a 3 días? Sí No

¿Ha realizado ejercicio vigoroso en las últimas 48 horas? Sí No

¿Tiene tatuajes recientes? Sí No

¿Tiene antecedentes de claustrofobia? Sí No

¿Tiene algún dispositivo médico externo o implantado? Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuándo se lo pusieron? _____

(Catéter subcutáneo, neuroestimulador, marcapasos, bolsa de colostomía, implantes cardíacos, grapas quirúrgicas, articulaciones artificiales, prótesis dentales, etc.)

¿Tiene enfermedades, infecciones o lesiones recientes? Sí No Si la respuesta es sí, indique cuáles: _____

¿Ha sufrido alguna caída en los últimos 30 días? Sí No

Si la respuesta es sí, cuál es la fecha de su caída más reciente: _____

¿Está teniendo algún dolor? Sí No Si la respuesta es sí, ¿dónde? _____

¿El paciente tiene antecedentes de cáncer? Sí No

Si la respuesta es sí, de qué tipo y en qué fecha se diagnosticó: _____

¿Ha recibido inmunoterapia o quimioterapia? Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuándo? _____

¿Ha recibido radioterapia? Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuándo? _____

¿Tiene antecedentes de tabaquismo? Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuándo? _____

¿Se le hizo ya algún otro estudio con imágenes relacionado por el mismo motivo del examen de hoy? Sí No

Tipo de examen _____ Centro _____ Fecha _____

CONSENTIMIENTO/APROBACIÓN GENERAL

Doy mi consentimiento para el examen ordenado. Entiendo que tengo derecho a negarme o a pedir que se detenga el examen en cualquier momento y que tengo derecho a hacer preguntas y a hablar sobre mis inquietudes.

Leí la información de detección y respondí con exactitud las preguntas anteriores.

Autorizo a Akumin, sus subsidiarias y filiales a cobrar en mi nombre a Medicare, o a cualquier otra compañía de seguros que me proporcione beneficios, por los servicios realizados por parte de Akumin y autorizo que el pago se realice directamente a Akumin. En los casos asignados por Medicare, Akumin está de acuerdo con aceptar el "cargo permitido" de Medicare como el cargo total.

Entiendo que soy responsable del pago de cualquier responsabilidad del paciente, que incluye, entre otros, los deducibles, coseguros o cargos no cubiertos. Se espera que los pacientes que pagan ellos mismos o que pagan con efectivo paguen los servicios en el momento en que se proporcionan, salvo que exista algún acuerdo previo respecto al pago.

Me ofrecieron una copia impresa del Aviso de las prácticas de privacidad de Akumin y reconozco que recibí los Derechos y responsabilidades del paciente.

Leí y entiendo, reconozco y estoy de acuerdo con el contenido de este formulario de Consentimiento general y han respondido a mis preguntas. Doy mi consentimiento para recibir comunicaciones electrónicas e invitaciones para encuestas, si corresponde.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____

(Padre, madre o tutor si el paciente es menor de edad o está incapacitado) Parentesco: _____