



The Mount Sinai Hospital
One Gustave L. Levy Place
New York, New York 10029

**RADIOLOGY IV IODINATED CONTRAST
INFORMATION AND QUESTIONNAIRE**

**RADIOLOGÍA - MOUNT SINAI
MEDIO DE CONTRASTE YODADO INTRAVENOSO:
INFORMACIÓN Y CUESTIONARIO**

Nombre del paciente: _____ **Número de expediente médico:** _____

Fecha de nacimiento: _____ **Edad:** _____ **Peso:** _____

Tipo de examen: _____

Su médico ha ordenado una tomografía computarizada (TC) o examen radiológico que requiere que a usted se le inyecte un medio de contraste (un tinte) en sus vasos sanguíneos para poder ver mejor ciertas partes de su cuerpo durante el procedimiento. Esto hará posible que el radiólogo haga una interpretación más completa de su prueba.

El medio de contraste es un líquido transparente que contiene yodo. Éste se inyecta a una velocidad cuidadosamente controlada por un dispositivo de inyección computarizado. Con la inyección, algunos pacientes sienten calor en su cuerpo o detectan un sabor a metal en su boca; ambos efectos desaparecen rápidamente después de la inyección. También pueden presentarse náuseas con o sin vómito.

En algunos pacientes podría ser necesario realizar análisis de sangre para determinar la concentración sanguínea de creatinina antes de recibir el medio de contraste. En muchos casos estos análisis pueden hacerse en el departamento de radiología, pero el proceso podría demorar un poco su tomografía o prueba radiológica.

Algunas complicaciones poco comunes de la inyección del medio de contraste incluyen una reacción temporal parecida a una reacción alérgica caracterizada por comezón y urticaria, o por estornudos e hinchazón de los ojos y los labios. Es posible que le den Benadryl®, un antihistamínico, si el radiólogo considera que su reacción justifica tratamiento. Otro acontecimiento poco común es el escape del medio de contraste fuera de la vena hacia los tejidos cerca del punto de inyección. Esto podría causar una lesión y dolor localizados. El radiólogo o la enfermera podría elevar el brazo afectado y colocar compresas frías alrededor del punto de inyección para ayudar a que disminuya la hinchazón más rápidamente.

Algunas complicaciones muy poco comunes incluyen, entre otras, shock, insuficiencia renal, dificultad para respirar, crisis epilépticas (convulsiones), paro (infarto) cardíaco y la muerte. Estamos preparados para tratar una reacción de ese tipo si llegara a presentarse, pero en algunas ocasiones obtenemos ayuda del equipo de atención de emergencia de un hospital.

Tenga en cuenta que incluso si su médico ha ordenado un estudio con medio de contraste, es posible que no se le ponga la inyección en algunas situaciones, como cuando tenga resultados irregulares en los análisis de laboratorio o una posible interacción con medicamentos.

HAGA FAVOR DE RESPONDER LAS SIGUIENTES PREGUNTAS (CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA):

1. ¿Se le ha administrado un medio de contraste en el pasado? Sí No No sé
Si responde que sí, ¿tuvo alguna reacción? Sí No No sé
Si tuvo una reacción, descríbala:
2. ¿Ha recibido alguna vez un medicamento previo antes de una inyección de medio de contraste? Sí No No sé
Si responde que sí, describa:
3. ¿Tiene antecedentes de alergias graves o asma activo? Sí No No sé
Si responde que sí, ¿ha sido entubado (con un tubo endotraqueal / tubo para respirar) alguna vez a causa del asma? Sí No No sé
Si responde que sí, describa:
4. ¿Tiene diabetes? Sí No No sé
Si responde que sí, anote los medicamentos que toma para la diabetes (insulina, Glucophage®, metformina, etc.):



The Mount Sinai Hospital
 One Gustave L. Levy Place
 New York, New York 10029

**RADIOLOGY IV IODINATED CONTRAST
 INFORMATION AND QUESTIONNAIRE**

**RADIOLOGÍA - MOUNT SINAI
 MEDIO DE CONTRASTE YODADO INTRAVENOSO:
 INFORMACIÓN Y CUESTIONARIO**

5. ¿Tiene alguno de los siguientes problemas médicos (marque todo lo que corresponda)?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta mal controlada | <input type="checkbox"/> Mieloma múltiple / plasmocitoma |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón (cardiopatía) | <input type="checkbox"/> Miastenia gravis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea o cáncer tiroideo | <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica |
| <input type="checkbox"/> Nefropatía (enfermedad del riñón) o trasplante de riñón | <input type="checkbox"/> Feocromocitoma / ganglioneuroma / tumor neuroendocrino |

6. ¿Recibe diálisis actualmente? Sí No No sé

7. ¿Tiene algún otro problema médico importante? Sí No No sé
 Si responde que sí, describa:

SÓLO PARA MUJERES: 8. ¿Existe alguna posibilidad de que esté embarazada? Sí No

9. Fecha de la última menstruación: _____ / _____ / _____

10. ¿Está dando el pecho actualmente? Sí No

Si existe alguna posibilidad de que pudiera estar embarazada, ciertas tomografías computarizadas y procedimientos radiológicos podrían teóricamente ser perjudiciales para su feto.

SÓLO PARA PACIENTES EXTERNOS: 11. ¿Ha comido o bebido algo en las últimas dos (2) horas? Sí No

12. Anote una lista de todos los medicamentos que esté tomando actualmente:

PARA TODOS LOS PACIENTES:

13. ¿Quisiera hablar más sobre los medios de contraste con una enfermera o médico de Radiología? Sí No

Cuando se hayan respondido sus preguntas acerca de los medios de contraste, confirme lo siguiente:

“He leído y llenado por completo la información requerida en este formulario. Entiendo su contenido en su totalidad, incluidos los posibles riesgos y complicaciones. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas. Todas mis preguntas fueron contestadas por completo y a mi entera satisfacción”.

Firma: **X** _____ Nombre impreso: _____

Relación con el paciente: _____ Fecha: _____ / _____ / _____
 (p. ej., el paciente mismo; padre, madre o tutor; cónyuge; profesional clínico, etc.)

Individuo que da el historial del paciente, si es distinto del arriba nombrado: _____



The Mount Sinai Hospital
One Gustave L. Levy Place
New York, New York 10029

**RADIOLOGY IV IODINATED CONTRAST
INFORMATION AND QUESTIONNAIRE**

**RADIOLOGÍA - MOUNT SINAI
MEDIO DE CONTRASTE YODADO INTRAVENOSO:
INFORMACIÓN Y CUESTIONARIO**

**ESTA SECCIÓN SERÁ LLENADA POR EL PERSONAL DE RADIOLOGÍA (TO BE COMPLETED BY
RADIOLOGY PERSONNEL):**

Discussion/Notes: _____

Signature: _____

BUN/Creatinine: _____ / _____

Printed Name: _____

Estimated GFR: _____

Date: ____ / ____ / ____

Date of Lab Results: ____ / ____ / ____