

## CONSENTIMIENTO INFORMADO TOMOGRAFIA

Responder el siguiente cuestionario (marque con un circulo la respuesta correcta). Especifique cual es si la respuesta es **SI**.

- ¿Ha realizado alguna vez estudio radiológico con inyección de contraste?  
**SI            NO**
- ¿Tiene alergia al Yodo, Corticoides, Gadolinio o similares? (si marca SI, indique cual).  
**SI            NO**
- TIENE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES (si marca SI, indique cual):
  - ¿Cardiacas? **SI    NO**
  - ¿Renales? **SI    NO**
  - ¿Hepáticas? **SI    NO**
  - ¿Tiroideas? **SI    NO**
  - ¿Asma? **SI    NO**
  - ¿Diabetes? **SI    NO**
  - ¿Tabaquista o ex tabaquista? **SI    NO**
  - ¿Tiene o tuvo algún tipo de cáncer? **SI    NO**
  - ¿Se realizó quimioterapia/radioterapia? **SI    NO**
  - ¿Cirugías previas? **SI    NO**

**Firma y aclaración del paciente:**

**Fecha:**