

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha Examen: \_\_\_\_\_

1. ¿Quién es su médico tratante?: \_\_\_\_\_

2. ¿Se ha efectuado antes el examen de Angiografía Retinal? NO\_\_ SI\_\_ ¿Tuvo problemas?:  
\_\_\_\_\_

3. ¿Se ha efectuado otros exámenes con medio de contraste endovenoso? NO\_\_ SI\_\_ ¿Tuvo problemas?:  
\_\_\_\_\_

4. ¿Es usted alérgico a algún medicamento, alimento o factor ambiental? Ejemplo: pescado, mariscos, picaduras de insectos u otros  
Especifique: \_\_\_\_\_

5. ¿Es usted diabético? NO\_\_ SI\_\_ ¿Es usted hipertenso? NO\_\_ SI\_\_

Otros antecedentes  
\_\_\_\_\_

6. ¿Toma medicamentos en forma crónica? NO\_\_ SI\_\_ ¿Cuáles?:  
\_\_\_\_\_

7. ¿Es usted asmático? NO\_\_ SI\_\_ ¿Padece alguna enfermedad pulmonar? NO\_\_ SI\_\_ Si su respuesta es sí ¿qué enfermedad?  
\_\_\_\_\_

Indicar tratamiento: \_\_\_\_\_

8. ¿Padece alguna enfermedad renal? NO\_\_ SI\_\_ Si su respuesta es sí ¿qué enfermedad? \_\_\_\_\_  
¿Se dializa? NO\_\_ SI\_\_

Indicar tratamiento: \_\_\_\_\_

9. ¿Tiene probabilidades de embarazo? NO\_\_ SI\_\_

10. ¿Se encuentra usted en periodo de lactancia? NO\_\_ SI\_\_

**Nombre y Firma de quien completa la encuesta:**  
\_\_\_\_\_