

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:
