

**Examen de tomografía computarizada
Departamento de Radiología**

Nombre del paciente: _____

La cita para su examen es:

_____ a las _____ a.m./p.m.
Fecha Hora

POR FAVOR NO INGIERA ALIMENTOS SÓLIDOS DURANTE LAS CUATRO HORAS ANTERIORES AL EXAMEN.

POR FAVOR NO INGIERA O BEBA NADA DURANTE LAS DOS HORAS ANTERIORES AL EXAMEN.

SI SU CITA ES PARA UN EXAMEN ABDOMINAL, SE LE DARÁ UN LÍQUIDO DE CONTRASTE QUE DEBERÁ TOMAR ANTES DE LLEGAR AL CENTRO DE ESTUDIO.

EL DÍA DEL EXAMEN, SIGA LAS INSTRUCCIONES EN EL RECIPIENTE. CADA RECIPIENTE REPRESENTA **UNA DOSIS.**

BEBA LA PRIMERA DOSIS A LA(S): _____

BEBA LA SEGUNDA DOSIS A LA(S): _____

SE LE DARÁ OTRA DOSIS AL LLEGAR A SU CITA.

SI TIENE ALGUNA INQUIETUD, LLAME AL _____.
(No. de teléfono)

Gracias.

**Computed Imaging CT Scan
Department of Radiology**

Patient name: _____

Your appointment is scheduled on:

_____ at _____ a.m./p.m.
Date Time

PLEASE DO NOT EAT ANY SOLID FOODS FOR FOUR HOURS PRIOR TO YOUR EXAM.

PLEASE DO NOT EAT OR DRINK ANYTHING FOR TWO HOURS PRIOR TO YOUR EXAM.

IF YOU HAVE BEEN SCHEDULED FOR AN ABDOMINAL SCAN, YOU WILL BE GIVEN ORAL CONTRAST TO DRINK PRIOR TO YOUR ARRIVAL.

ON THE DAY OF YOUR EXAM, FOLLOW THE INSTRUCTIONS ON THE BOTTLE. EACH BOTTLE IS **ONE DOSE.**

DRINK YOUR FIRST DOSE AT: _____

DRINK YOUR SECOND DOSE AT: _____

YOU WILL BE GIVEN ANOTHER DOSE WHEN YOU ARRIVE FOR YOUR APPOINTMENT.

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS, PLEASE CALL _____
Phone No.

Thank you