



«PracticeAddrCSZ» «PracticePhone»

Paciente: «PatientFullName»

«CurrentDate»

Numero De Cuenta: «PatientNumber»

**SU CITA PARA EL CT SCAN SE LLEVARA A CABO EN NUESTRAS OFICINA EL:**

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ AM PM

**POR FAVOR LEA ESTE DOCUMENTO Y PONGA SUS INICIALES EN LAS AREAS INDICADAS EN AMARILLO**

\_\_\_\_\_ No coma alimentos o tome líquidos cuatro (4) horas antes de su CT scan.

\_\_\_\_\_ Tome el contraste dos (2) horas antes de la cita de su CT scan. **TOMELO A LAS:** \_\_\_\_\_  
(Para El Abdomen/Pelvis y para la Pelvis solamente)

\_\_\_\_\_ Tome el contraste una (1) hora antes de su CT scan. **TOMELO A LAS:** \_\_\_\_\_  
(Para El Abdomen Solamente)

\_\_\_\_\_ Sus medicamentos los puede tomar con un poquito de agua.

\_\_\_\_\_ Por favor, no olvide de traer a su cita, sus placas y reportes anteriores. Si no los trae tendremos que cambiar su cita.

\_\_\_\_\_ Su seguro puede requerir una autorización previa o una referencia de su medico internista. Es su responsabilidad asegurarse de que la oficina de su medico nos haya enviado, vía fax, el documento. Si no se ha recibido a las 12pm del día anterior a su cita, su CT scan será cancelado y le tendremos que cambiar la cita.

\_\_\_\_\_ El Dr. Havas es el Radiólogo que leerá las impresiones de su CT scan. Ud. podría recibir una factura separada de su oficina. Si tiene preguntas con respecto a este pago, por favor, contáctelo directamente al (352) 795-9729

\_\_\_\_\_ Se le ha entregado una orden de laboratorio hoy día. Los resultados de estos análisis deben estar listos una semana antes de su cita. Si no están, la cita será cambiada.

\_\_\_\_\_  
Firma Del Paciente

\_\_\_\_\_  
Imprima Su Nombre

Nombre De Quien Hace La Cita: \_\_\_\_\_