

Nombre _____

Nombre del Médico _____

Peso del Paciente _____ Edad _____

1. ¿Ha tenido cirugía en el área de que hoy estamos tomando imágenes? No Sí
En caso afirmativo, sírvase explicar. _____

2. ¿Ha tenido cualquier estudios previos de la zona a ser fotografiada hoy? No Sí

	FECHA	INSTALACIÓN
MRI	____/____/____	_____
CT/CAT Scan	____/____/____	_____
Rayo-X	____/____/____	_____
Medicina Nuclear	____/____/____	_____
Ultrasonido	____/____/____	_____

4. ¿Tiene un Pacemaker (marcapaso) cardíaca? No Sí

5. ¿Tiene un desfibrilador cardíaco implantado? No Sí

6. ¿Tiene un(os) clip(s) de aneurisma(s)? No Sí

7. ¿Alguna vez ha tenido metal en sus ojos del trabajo con maquinaria o torno? No Sí

8. ¿Está usted embarazada o dando el pecho? No Sí

9. ¿Tiene una historia de enfermedad renal o de sangre? No Sí

10. Favor de enumerar todos los medicamentos que está tomando actualmente: _____

11. En ocasiones debemos utilizar un "tinte" o contraste para ampliar las lesiones o el tejido de cicatriz quirúrgico. Consiste en una inyección de IV que ayuda en su diagnóstico. No es la misma que se utiliza en RAY-X o TC. ¿Consentiría usted en recibir esta inyección si sea necesario? No Sí

Signature/Firma _____

Contraste = Gadolinium _____ Cantidad _____ Iniciales del Técnico _____

12. ¿Tiene otra cita fijada con su médico? No

Sí; ¿Cuándo? _____

Favor de enumerar los síntomas que le trajeron aquí hoy.



Lista Pre-MRI (Imágen de Resonancia Magnética)

Pre-MRI Screening Form

Page 1 of 2

DOC NO RA00111SP (3/7/11) RK



Patient Label

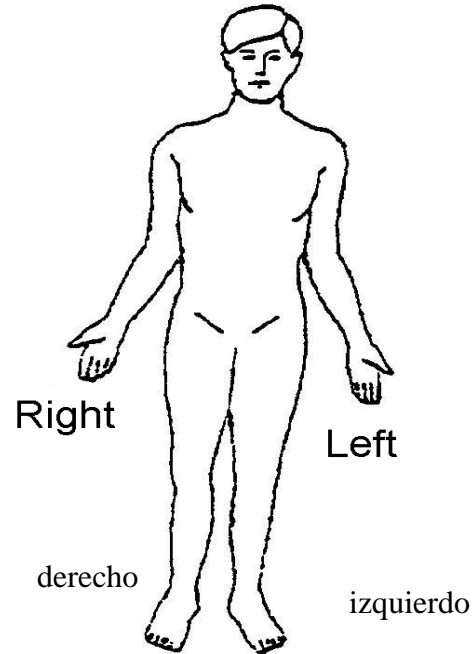
Do Not Place Below This Line.



Algunos de los siguientes artículos pueden ser peligrosos para su seguridad, y algunos pueden interferir con el examen de MRI. Por favor, marque la respuesta correcta para cada una de las siguientes opciones. ¿Tiene cualquiera de los siguientes?

- SÍ NO Clamp (pinza) Carótida Arteria Vascular
- SÍ NO Neuro-estimulador
- SÍ NO Bomba de Insulina o Infusión
- SÍ NO Dispositivo Implantado para infusión de drogas
- SÍ NO Estimulador de crecimiento/fusión de hueso
- SÍ NO implante Coclear, Otológico, o de oído
- SÍ NO Alambres internos de paso
- SÍ NO Cualquier tipo de prótesis (ojo, peneal, etc.).
- SÍ NO Prótesis de la Válvula del Corazón
- SÍ NO Extremidad o articulación artificial
- SÍ NO Electrodo(s) (sobre el cuerpo, la cabeza o el cerebro)
- SÍ NO Férulas, filtros o bobinas intravasculares
- SÍ NO Desviación (espinal o intraventricular)
- SÍ NO Puerto y/o catéter de acceso vascular
- SÍ NO Catéter Swan-Ganz
- SÍ NO Cualquier implante sostenido en su lugar por un imán
- SÍ NO Sistema de entrega transdérmica (Nitro)
- SÍ NO Dispositivo intrauterino o diafragma
- SÍ NO Maquillaje tatuado (delineador de ojos, labios, etc.)
- SÍ NO Penetrantes(s) corporal(es)
- SÍ NO Cualquier fragmento metálico
- SÍ NO Clip aórtico
- SÍ NO Implantes de metal o de malla de alambre
- SÍ NO Suturas o grapas de alambre
- SÍ NO Barras de metal en los huesos
- SÍ NO Reemplazo de una articulación _____
- SÍ NO Tornillo, clavo, alambre, placa en un hueso/una articulación
- SÍ NO Audífono (Quitar antes de MRI)
- SÍ NO Prótesis dentales (Quitar antes de MRI)
- SÍ NO Dolencia de respirar
- SÍ NO Claustrofobia
- SÍ NO Ansiedad
- Otro (Favor de explicar): _____

Por favor marque en la figura siguiente, la ubicación de cualquier implante o metal dentro de, o sobre su cuerpo.



Antes de su resonancia magnética, por favor quite todos objetos metálicos incluyendo llaves, prendedores, barrettes, joyería, reloj, imperdibles, clips, clip de dinero, tarjetas de crédito, monedas, plumas, cinturón, botones de metal, navaja & ropa con metal en el material.

Note: SE LE REQUIERE USAR TAPONES O AUDÍFONOS DURANTE EL EXAMEN DE MRI

He leído los anteriores y doy mi consentimiento a someterme a un examen de MRI. FECHA ____/____/____

Firma: _____

Formulario completado por: Paciente Pariente _____
Nombre y Relación al Paciente

Revisado por: (Tecnólogo de MRI) _____



Lista Pre-MRI (Imágen de Resonancia Magnética)

Pre-MRI Screening Form

Page 2 of 2

DOC NO RA00111SP (3/7/11) RK



Patient Label

Do Not Place Below This Line.

