



RESONANCIA MAGNÉTICA (MR) PARA PACIENTES

Fecha ____/____/____ Numero de Paciente _____

Nombre _____ Edad ____ Altura ____ Peso ____
Apellido Nombre Inicia Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Mujer Hombre Parte del cuerpo que debe examinarse _____

Motivo de la resonancia magnética y / o síntomas _____

1. ¿Ha tenido una cirugía previa o una operación en la parte del cuerpo de someterse a una resonancia magnética hoy? No Si
En caso afirmativo, por favor indique la fecha y el tipo de cirugía: (Si usted ha tenido un marcapasos insertado por favor parar y notificar al personal de inmediato)

Fecha ____/____/____ Tipo de cirugía _____

Fecha ____/____/____ Tipo de cirugía _____

2. ¿Ha tenido un estudio de diagnóstico por imágenes o el examen previos sobre la parte del cuerpo que se examina hoy? No Si
En caso afirmativo, por favor indique:

	Parte del cuerpo	Fecha	Facilidad
MRI	_____	____/____/____	_____
CT/CAT Scan	_____	____/____/____	_____
Rayos-X	_____	____/____/____	_____
Ultrasound	_____	____/____/____	_____
Medicina Nuclear	_____	____/____/____	_____
Otro	_____	____/____/____	_____

3. ¿Ha tenido algún problema relacionado a un examen de MRI o procedimientos de RM? No Si
En caso afirmativo, por favor indique: _____

4. ¿Alguna vez has trabajado en un ámbito como el de soldadura o cualquier otra industria relacionada donde virutas de metal y metralla o podrían haber infiltrado en su cuerpo (ojos, etc.)? No Si

5. ¿Alguna vez fue herido por un objeto metálico o un objeto extraño (por ejemplo, BB, bala, metralla, etc.) No Si
En caso afirmativo, por favor indique: _____

6. Haga una lista de los medicamentos que está tomando actualmente, la dosis, la frecuencia con la que se toma la medicación, y la última vez que fue tomada:

7. ¿Es alérgico a algún medicamento? No Si
En caso afirmativo, por favor indique: _____

8. ¿Tiene antecedentes de asma, reacciones alérgicas, enfermedad respiratorias, o la reacción a un medio de contraste o colorante utilizado para una resonancia magnética, CT, o un examen de rayos X? No Si

9. ¿Tiene anemia u otra enfermedad(s) que afecta la sangre, una historia o enfermedad renal (riñón), insuficiencia renal de (riñón), renal (riñón) trasplante, la presión arterial alta (hipertensión), el hígado (hepática) enfermedad o convulsiones? No Si
En caso afirmativo, por favor indique: _____

Para las mujeres:

10. Fecha de la última menstruación: ____/____/____ Posmenopáusica No Si

11. ¿Está embarazada o experimentar una menstruación retrasada? No Si

12. ¿Está tomando anticonceptivos orales o recibiendo tratamiento hormonal? No Si

13. ¿Está tomando algún tipo de medicación para la fertilidad o recibiendo tratamientos? No Si
En caso afirmativo, por favor indique: _____

14. ¿Está actualmente amamantando? No Si

Reservado para el uso del Hospital

Se la ha informado al paciente que evite _____ por 48 horas despues del examen.

Firma de Technico: _____ Fecha _____ Hora _____

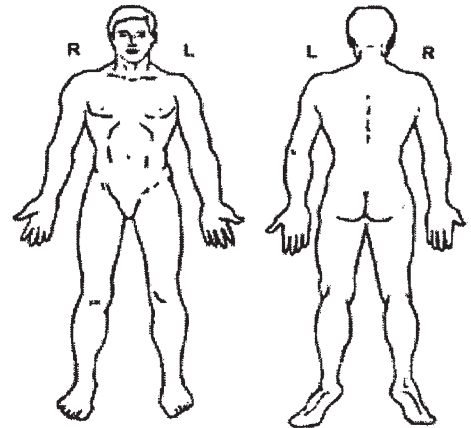


ADVERTENCIA: Ciertos implantes, dispositivos u objetos pueden ser peligrosos para usted y/o puedan interferir con el procedimiento MR (es decir, resonancia magnética, angiografía por resonancia magnética, IRM funcional, espectroscopia por RM). No entrar en la sala del escáner de MR o MR ambiente si usted tiene cualquier pregunta o preocupación con respecto a un implante, dispositivo u objeto. Consulte con el técnico de MRI o al radiólogo antes de entrar a la sala del escáner de MR. El imán del sistema MR está siempre encendida.

Por favor indique si usted tiene cualquiera de los siguientes:

- Si No Clip de aneurisma(s)
Si No Marcapasos cardíaco
Si No Un desfibrilador cardioversor (ICD)
Si No Implante o dispositivo electrónico
Si No Implante o dispositivo activado magnéticamente
Si No Sistema de neuroestimulación
Si No Estimulador de la médula espinal
Si No Electrodo(s) o cables internos
Si No Estimulador fusión crecimiento óseo/hueso
Si No Coclear, implante de oído otológica u otro
Si No La insulina u otra bomba de infusión
Si No Dispositivo de infusión de fármaco implantados
Si No Cualquier tipo de prótesis (ojo, pene, etc.)
Si No Prótesis de válvulas cardíacas
Si No Primavera de párpados o alambre
Si No Extremidad artificial o prótesis
Si No Stent metálico, filtro o bobina
Si No Derivación (espinal o intraventricular)
Si No Puerto y/o catéter de acceso vascular
Si No Semillas ó implantes de radiación
Si No Swan-Ganz o catéter de termodilución
Si No Parche Medicamentos (Nicotina, Nitroglicerina)
Si No Cualquier fragmento metálico o cuerpo extraño
Si No Implante de malla de alambre
Si No Expansor de tejido (por ejemplo, de mama)
Si No Las grapas quirúrgicas, clips o suturas metálicas
Si No El reemplazo de articulaciones (cadera, rodilla, etc.)
Si No Hueso/coyuntura, tornillo, clavo, alambre, placa, etc.
Si No IUD, diafragma, o pesario
Si No Dentaduras o placas parciales
Si No Tatuaje o maquillaje permanente
Si No Joyería piercing del cuerpo
Si No Audífono (Eliminar antes de entrar en la habitación MR sistema)
Si No Otro implante
Si No Problema de respiración o trastorno de movimiento
Si No Claustrofobia

Por favor, marque o colorear sobre la figura(s) a continuación se indica la zona de dolor/ malestar y o área sintomática



AVISO IMPORTANTE

Antes de entrar en el entorno de RM o la sala del escáner de MR, debe eliminar todos los objetos metálicos, incluyendo audífonos, dentaduras, placas parciales, llaves, beeper, teléfono celular, lentes, horquillas, broches, joyas, joyería piercing del cuerpo, reloj, alfileres de seguridad, clips, clip de dinero, tarjetas de crédito, tarjetas bancarias, tarjetas de banda magnética, monedas, bolígrafos, navaja de bolsillo, cortaúñas, herramientas, ropa con sujetadores de metal, y la ropa con hilos metálicos.

Por favor, consulte con el técnico de MRI o radiólogo si tiene alguna pregunta o duda ANTES de entrar en la sala del escáner de MR.

NOTA: Se le puede aconsejar o obligado a usar tapones para los oídos u otro tipo de protección auditiva durante el procedimiento de reconocimiento mutuo para evitar posibles problemas o riesgos relacionados con el ruido acústico.

Doy fe de que la información anterior es correcta a lo mejor de mi conocimiento. He leído y entendido el contenido de este formulario y tuvo la oportunidad de hacer preguntas acerca de la información en este formulario y en relación con el procedimiento de MR que estoy a punto de experimentar.

Firma de la persona que complete la forma: _____ Fecha ____/____/____
Firma

Forma Preparada Por: [] Paciente [] Relativo [] Enfermera
Escriba el nombre Relación al paciente

Información revisada por: _____
Escriba el nombre Firma

[] Técnico de MRI [] Enfermera [] Radiólogo [] Otro _____