

Fecha: \_\_\_\_\_ Núm. de tel./Celular: \_\_\_\_\_

Paciente nuevo para resonancia magnética  Paciente actual o de regreso

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

1. ¿Alguna vez le han hecho a usted una cirugía u otro procedimiento invasivo?  No  Sí De ser que sí, favor de anotarla abajo.

Tipo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tipo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2. ¿Ha trabajado alguna vez con metales (triturándolos, fabricándolos, etc.) o se ha lastimado el ojo con un objeto metálico (p. ej., astillas de metal, virutas de metal, o perdigones)?  No  Sí

De ser que sí, favor de describir: \_\_\_\_\_

3. ¿Está usted embarazada o se le ha retrasado la menstruación?  No  Sí



**Advertencia:** Puede que algunos de los siguientes artículos sean **sumamente** peligrosos para su seguridad y algunos pueden interferir con el examen de resonancia magnética. Por favor marque 'No' o 'Sí' si usted tiene lo siguiente.

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Marcapasos cardíaco   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Fragmentos de metralla, perdigones, o balas   |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Implante de desfibrilador cardíaco                                  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Dispositivo intrauterino (IUD) o diafragma  |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Clip de aneurisma o clip cerebral                                   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Pesario o anillo para la vejiga   |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Pinza vascular para la arteria carótida                             | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Delineador de ojos o cejas tatuadas   |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Neuroestimulador  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Perforaciones corporales  |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Bomba de insulina o infusión  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Fragmentos de metal (ojo, cabeza, oído, piel)   |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Implante de dispositivo de infusión para medicinas                  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Estiramiento facial u otra cirugía cosmética  |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Estimulador de fusión espinal                                       | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Alambres internos de estimulación cardíaca  |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Implante coclear, otológico o de oído                               | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Clips aórticos  |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Tubos para los oídos  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Filtro venoso   |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Prótesis (ojo/orbital, del pene, etc.)                              | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Implantes de metal o de mallas metálicas  |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Implante sujetado por un imán                                       | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Suturas de alambre o grapas quirúrgicas   |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Prótesis de válvula cardíaca  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Varillas de Harrington (espina dorsal)  |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Extremidad o articulación artificial                                | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Varillas de metal en los huesos; prótesis articular                                   |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Otros implantes en el cuerpo o la cabeza                            | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Clavo óseo/articular, tornillo, clavo<br>(el que se usa en la construcción), placa de |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Electrodos (en el cuerpo, la cabeza o el cerebro)                   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Peluca, tupé o implante de cabello  |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Stents, filtros o espirales intravasculares                         | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Audífono (quítelo antes del escán)  |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Derivación (espinal o intraventricular)                             | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Dentadura postiza (quítela antes del escán)   |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Puerto de acceso vascular o catéteres                               | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Asma o trastornos respiratorios   |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Catéter Swan-Ganz   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Trastornos renales  |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Parches transdérmicos con medicamento<br>(quítelos antes del escán) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Convulsiones o trastornos de movimiento   |
|   |   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Claustrofobia   |



Patient Name

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS • FORMULARIO DE INVESTIGACIÓN DE ANTECEDENTES PARA LA IMAGEN DE RESONANCIA MAGNÉTICA (MRI)
DIAGNOSTIC TESTS • MRI SCREENING FORM



INSTRUCCIONES IMPORTANTES: Quítese todos los objetos metálicos que traiga antes de entrar a la sala o al entorno de la resonancia magnética incluyendo audífonos, bíper, teléfono celular, llaves, anteojos, pasadores para el cabello, broches, joyería (incluyendo la de las perforaciones corporales), reloj, seguros/alfileres, sujetapapeles, sujeta billetes, tarjetas de crédito, tarjetas bancarias, tarjetas con bandas magnéticas, monedas, plumas, navaja, cortaúñas, botas o zapatos con punteras de acero y herramientas. Los objetos metálicos sueltos están particularmente prohibidos en la sala y en el entorno de resonancia magnética.

Por favor consulte con el técnico de MRI o con el radiólogo si usted tiene alguna pregunta o inquietud ANTES de entrar en la sala de resonancia magnética.

Se requieren tapones para los oídos durante el examen de MRI.

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
Firma de la persona que completa el formulario

Form completed by: [ ] Patient [ ] Relative: \_\_\_\_\_ Print Name & relationship to patient

[ ] Physician or other: \_\_\_\_\_ Print Name & relationship to patient

Table with columns for DATE, TIME, Reviewed by, MRI Technologist, Radiologist, PRINT Name, and SAFESCAN INITIALS.