

FORMULARIO PARA LA PRUEBA DE DETECCIÓN POR RESONANCIA MAGNÉTICA

Nombre del paciente: _____ Médico que refiere: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Estatura: _____ Peso _____

*****¿APLICA ALGO DE LO SIGUIENTE PARA USTED? Marcapasos/Desfibrilador SÍ NO**

SI MARCÓ QUE "SÍ" TIENE UN MARCAPASOS/DESFIBRILADOR, DETÉNGASE E INFORME DE INMEDIATO AL TECNÓLOGO DE MRI

Metal implantado o cuerpo extraño SÍ NO Cirugía cerebral SÍ NO
 perdigón, bala o metralla SÍ NO Bomba de medicamento/unidad de terapia Tens SÍ NO
 Implante metálico YES NO Embarazada/posibilidad de embarazo SÍ NO

SI MARCÓ QUE "SÍ" A CUALQUIERA DE LOS ANTERIORES, DETÉNGASE E INFORME AL TECNÓLOGO DE MRI "ANTES" DE COMENZAR SU EXAMEN

¿Le han hecho antes un examen de imágenes por resonancia magnética? SÍ NO Si la respuesta es sí, ¿de qué? _____

¿Le han hecho otros estudios relacionados con esta afección? SÍ NO Si la respuesta es sí, ¿qué examen? _____

¿Antecedentes personales de cáncer o tumores? SÍ NO Si la respuesta es sí, especifique _____

Escriba todas las cirugías anteriores: _____

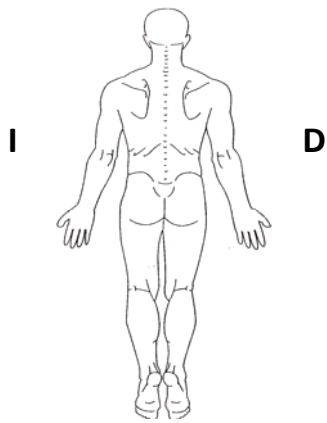
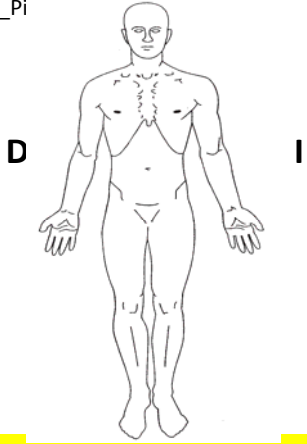
¿Tuvo alguna cirugía en las últimas ocho semanas? SÍ NO. Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de cirugía? _____

Síntomas relacionados con el examen de hoy _____

Si tuvo alguna lesión, cuándo y cómo ocurrió _____

PACIENTES PARA MRI DE CEREBRO: Marque todo lo que corresponda: Dolor de cabeza Convulsiones Pérdida de audición Apoplejía
 Sangrado Mareos Zumbido en los oídos **Algún cambio:** Habla Coordinación Caminar Memoria Movimiento facial Vista

PACIENTES PARA MRI DE COLUMNA: Marque todo lo que corresponda: Dolor de cuello Dolor de espalda **Insensibilidad en:** Brazo(s)
 Pierna(s) **El dolor se irradia hacia** Izquierda Derecha **Hasta dónde se irradia el dolor** Hombro Codo Mano Cadera Muslo
 Rodilla Pi



Marque en las figuras la ubicación de cualquier síntoma.

***Complete el reverso de este formulario.**



INFORMACIÓN IMPORTANTE

POR FAVOR, INDIQUE SI TIENE ALGO DE LO SIGUIENTE Si responde “Sí” a alguna de las preguntas siguientes, **NO ENTRE** a la sala de MRI hasta que el tecnólogo de MRI haya revisado este formulario.

SÍ	NO	
		Clips para aneurisma
		Marcapaso cardíaco
		Desfibrilador cardioversor implantable (ICD)
		Implante o dispositivo electrónico
		Implante o dispositivo activado magnéticamente
		Sistema neuroestimulador
		Estimulador de la médula espinal
		Implante coclear, otológico u otro implante de oído
		Stent, filtro o espiral de metal
		Electrodos o cables internos
		Estimulador de crecimiento óseo/fusión ósea
		Cualquier imán implantado, incluyendo los implantes que se sostienen con un imán
		Sistema implantado para la administración de medicamentos (p. ej., insulina o bomba para el dolor, etc.)
		Cualquier tipo de prótesis (ojo, penil, etc.)
		Extremidad artificial o prótesis de extremidades
		Derivación (espinal o intraventricular)
		Swan-Ganz o catéter de termodilución
		Puerto o catéter de acceso vascular
		Expansor de tejido (p. ej., seno)
		Grapas quirúrgicas, clips o suturas metálicas
		Cualquier fragmento de metal o cuerpo extraño: bala, metralla, perdigón, etc.
		ropa interior impregnada con cobre o plata o cualquier tipo de metal en la ropa interior
		Prótesis de válvula cardíaca
		Reemplazo de articulación (cadera, rodilla, etc.)
		Cualquier implante ortopédico o de columna: Pin, varilla, tornillo, clip, placa, cable, etc. en hueso o articulación
		IUD, diafragma o pesario
		¿Tiene puesto desodorante, loción o polvos?
		Tatuaje o maquillaje permanente
		Joyería de body piercing
		Implante de malla
		Dentadura postiza o placas parciales
		Parche de medicamento (p. ej., nicotina, nitroglicerina, etc.)
		Semillas o implantes radioactivos
		Dispositivos auditivos (quitar antes de entrar a la sala de Resonancia Magnética)
		Para el tratamiento con Feraheme
		Cierre esclerótico o alambre o resorte palpebral



ADVERTENCIA: Ciertos implantes, dispositivos u otros objetos podrían ser peligrosos para usted o podrían interferir con el procedimiento de resonancia magnética (MR)

Consulte con el tecnólogo de MRI si tiene alguna pregunta o inquietud **ANTES** de entrar a la sala de imágenes por resonancia magnética (MRI).

Doy fe de que la información anterior es correcta según mis mejores conocimientos. Leí y entiendo el contenido de este formulario. Se me dio la oportunidad de hacer preguntas relacionadas con la información de este formulario y el procedimiento de imágenes por resonancia magnética al que me someteré.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del tecnólogo: _____ Fecha: _____