

PRUEBA DE MRI (sigla en inglés) / HOJA DE HISTORIA

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Proveedor que Remite: \_\_\_\_\_

Examen(es): \_\_\_\_\_

¿Tuvo una cirugía previa en esta área?    Sí o No \_\_\_\_\_

Síntomas o molestias: \_\_\_\_\_

Lesión o Trauma: \_\_\_\_\_ Fecha de la Lesión: \_\_\_\_\_

Historial de cáncer: \_\_\_\_\_

Estudios anteriores relacionados con el examen de hoy (LA MISMA parte del cuerpo): \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\* Si se Solicita un Estudio de Contraste \*\*\*\*\*

¿Enfermedad / Falla Renal / Disminución de la Función Renal?	Sí	No	
¿Anemia de Células Falciformes?	Sí	No	
¿Alguna Enfermedad de la Sangre?	Sí	No	
¿Alguna vez ha estado en Diálisis?	Sí	No	
¿Historia de Trasplante o Falla del Hígado?	Sí	No	
¿Es Usted Diabético?	Sí	No	Tipo I O Tipo II (Haga un Círculo)
¿Ha tenido análisis de sangre en las últimas 8 semanas?	Sí	No	Donde? _____

Creatinina: \_\_\_\_\_ eGFR: \_\_\_\_\_ Extraído: \_\_\_\_\_

Firma de aprobación del Radiólogo: \_\_\_\_\_

**SOLO PARA USO DEL TECNÓLOGO**

**Contraste de GADAVIST**    Sí    No    **Lote #:** \_\_\_\_\_    **Fecha de Vencimiento:** \_\_\_\_\_

Cantidad de Contraste ADMINISTRADO \_\_\_\_\_ (unidades dadas x10) \_\_\_\_\_ Contraste DESPERDICiado (Unidades) \_\_\_\_\_

**Nombre del Técnico (Haga un círculo):**    **Althea**                      **Kelly G.**

Iniciales del Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

**Por favor indique si tiene alguno de los siguientes:**

Marcapasos Cardíaco	Sí	No
Desfibrilador Implantado	Sí	No
Válvula Artificial de Corazón	Sí	No
Cirugía de Aneurisma Cerebral/Clips	Sí	No
Cirugía de los Ojos (lentes para cataratas están bien)	Sí	No
Cirugía de Oído Interno (Coclear, Estribo o Implantes Otológicos)	Sí	No
Dispositivo Implantado para Infusión de Medicamentos	Sí	No
Shunt (Intraventricular)	Sí	No
Implante de Pene	Sí	No
Audífonos	Sí	No
Parches de Medicamentos (transdérmicos)	Sí	No
Reemplazos de Coyunturas	Sí	No
Stents, Filtros, Bobinas o Injertos Vasculares	Sí	No
Estimulador de Médula Espinal/Neuro	Sí	No
Estimulador de Vejiga	Sí	No
Perforaciones (Piercings) en el Cuerpo	Sí	No
Cualquier cuerpo extraño metálico (Ej. bala, alfiler, clavo, metralla)	Sí	No
Cualquier otro Dispositivo Eléctrico o Mecánico Implantado	Sí	No
¿Ha tenido ALGUNA cirugía en las últimas 8 semanas?	Sí	No
¿Es usted claustrofóbico?	Sí	No
¿Alguna posibilidad de que pueda estar embarazada?	Sí	No
¿Está amamantando?	Sí	No
Puentes o Prótesis Dentales Removibles	Sí	No
¿Tiene alguna expansión de tejido mamario?	Sí	No
¿Ha tenido el procedimiento de esterilización ESSURE?	Sí	No
¿Está ACTUALMENTE en terapia de infusión de hierro?	Sí	No

(En caso afirmativo, ¡notifique al personal de inmediato!)

(En caso afirmativo, ¡notifique al personal de inmediato!)

Explique: \_\_\_\_\_

Explique: \_\_\_\_\_

(En caso afirmativo, ¿es programable?)

**Debe removerse antes de ingresar a la sala de escáner**

**Debe removerse antes de ingresar a la sala de escáner**

Parte del Cuerpo: \_\_\_\_\_ Cuándo: \_\_\_\_\_

Explique: \_\_\_\_\_

Dónde: \_\_\_\_\_

Tipo: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido un trabajo o un pasatiempo que haya incluido pulido de metal? Sí No

¿Alguna vez ha tenido una lesión en sus OJOS con partículas o fragmentos metálicos? Sí No

\*\*\*\*\*

Certifico que, a mi entender, la información anterior es correcta. Leí y entendí el contenido de este formulario y tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre la información de este formulario y sobre los procedimientos del MR al que estoy próximo a someterme.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Tecnólogo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Radiólogo (si corresponde): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_