

HOJA DE CHEQUEO PARA MRI

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Peso: _____ Altura: _____
Examen: _____ ¿Cirugía anterior en esta área? Sí o No

Por favor indique si usted tiene algo de lo siguiente:

Marcapasos Cardíaco	Sí	No	(Si lo tiene, ¡notifique al personal de inmediato!)
Desfibrilador Implantado	Sí	No	(Si lo tiene, ¡notifique al personal de inmediato!)
Válvula Artificial del Corazón	Sí	No	
Cirugía/Clips de Aneurisma Cerebral	Sí	No	
Cirugía de los Ojos (lentes de cataratas está bien)	Sí	No	Explique: _____
Cirugía del Oído Interno (Cocleares, Grapas o Implantes Otológicos)	Sí	No	Explique: _____
Dispositivo de Infusión de Medicamentos Implantado	Sí	No	
Shunt (Intraventricular)	Sí	No	(En caso afirmativo, ¿es programable?)
implante del Pene	Sí	No	
Audífonos	Sí	No	Debe removerse antes de entrar en sala de escáner
Parches de Medicamentos (Transdérmico)	Sí	No	Debe removerse antes de entrar en sala de escáner
Reemplazos Articulares	Sí	No	Parte del Cuerpo: _____ Cuando: _____
Stents Vasculares, Filtros, Bobinas o Injertos	Sí	No	Explique: _____
Médula Espinal / Neuro-Estimulador	Sí	No	
Estimulador de la Vejiga	Sí	No	
Perforaciones en el Cuerpo	Sí	No	Dónde: _____
Cualquier cuerpo metálico extraño (es decir, bala, pasador, clavo, metralla)	Sí	No	
Cualquier otro Dispositivo Eléctrico o Mecánico Implantado	Sí	No	
¿Alguna vez ha sido diagnosticado con cáncer?	Sí	No	Tipo: _____
¿Ha tenido alguna cirugía en las últimas 8 semanas?	Sí	No	Tipo: _____
¿Es usted claustrofóbico?	Sí	No	
¿Alguna posibilidad de que pudiera estar embarazada?	Sí	No	
¿Está amamantando?	Sí	No	
Puentes o Dentaduras Removibles	Sí	No	

¿Ha tenido alguna vez un trabajo o pasatiempo que involucrara metal pulido? Sí No

¿Ha tenido alguna vez una lesión en sus OJOS con partículas o fragmentos de metal? Sí No

¿Ha tenido estudios previos relacionados con el examen de hoy (la misma parte del cuerpo)? Sí No

Si es afirmativo, ¿dónde y cuándo? _____

Pacientes Contraste:

¿Ha tenido análisis de sangre en las últimas 8 semanas? Sí No Cuándo: _____ Dónde: _____

¿Cualquier historia de enfermedad del riñón o insuficiencia renal? Sí No

¿Es diabético? Sí No

Testifico que la anterior información es correcta de acuerdo con mi conocimiento. He leído y entendido el contenido de este formulario y tuve la oportunidad de hacer preguntas acerca de la información de este formulario y sobre el procedimiento(s) MR que estoy a punto de someterme.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma del Tecnólogo: _____ **Fecha:** _____