

Todo tipo de artículo metalico debe ser retirado antes de su examen de resonancia magnética. Esto incluye: llaves, pasadores, broches, joyas, perforaciones del cuerpo, reloj, cuchillo de bolsillo, alfileres de seguridad, pelucas, dentaduras, aparatos de audición etc. Se le pedirá que se cambie de su ropa de calle a una bata. Un armario con llave se ofrecerá para guardar su ropa y objetos de valor.

enumere todas las cirugías y aproximadamente cuándo se realizó

• _____ • _____ • _____ • _____	• _____ • _____ • _____ • _____
--	--

POR SU SEGURIDAD Y CALIDAD DE IMAGEN OPTIMA, POR FAVOR RESPONDA A LO SIGUIENTE:

Sí NO Problemas anteriores con MRI

• Por favor describalo _____

Sí NO Le han notificado de un implante que le han retirado del mercado

Sí NO Pinza de aneurismo cerebral

Sí NO Derivacion (espinal o intraventricular)

Sí NO Resorte de párpado o alambre

Sí NO Herida de metal (rayaduras, virutas) en ojos

Recibio atención medica Sí NO

Sí NO Implante coclear u otro implante de oído

• Tipo/fecha de implante _____

Sí NO Prótesis en la válvula cardíaca

Sí NO Marcapasos cardíaco

Sí NO Desfibrilador cardíaco implantado

Sí NO Monitor cardíaco o grabadora de bucle

• Tipo/fecha de implante _____

Sí NO Swan-Ganz catéter

Sí NO Estimulador (Neuro, médula epinal, sacro, nervio vago, frénico, vejiga, crecimiento óseo, cerebral profundo)

• Tipo/posición _____

Sí NO Electrodos internos o alambres

Sí NO Cualquier stent, filtro, o bobina

• Tipo/posición _____

Sí NO Dispositivo implantado de infusión de medicamento

Puerto de acceso vascular o catéter (Hickman, Port-a-Cath)

Sí NO Insulina o otra bomba de infusión

Sí NO Delineador de pestañas magnético

Sí NO Monitor de glucosa (quitar)

Sí NO Implante o dispositivo magnetico o Electronico

Sí NO Alguna cosa sostenido en su lugar por un imán

Sí NO Alguna herida con objetos de metal/desconocido? (balín, bala, metrala, rayaduras, fragmentos)

• Tipo/posición _____

Sí NO Tissue expander (e.g. breast)

Sí NO Reemplazo de articulaciones (cadera, rodilla, etc.)

Sí NO Extremidad artificial o prótesis

Sí NO Prótesis (ojo, pene, etc.)

Sí NO Fusión espinal o fijación

Sí NO alfileres, tornillos, clavos, alambres, placas etc. en los huesos o articulaciones

Sí NO Grampas quirúrgicas, pinzas

Sí NO Implante de malla alambrica

Sí NO Pinzas de metal en el estómago para no sangrar

Sí NO Tatuaje o maquillaje permanente

Sí NO Peluca, tupé o extensiones de cabello

Sí NO Parche de medicamento

Sí NO Embarazada o amamantando

Sí NO Diálisis o tiene antecedentes de insuficiencia renal

Sí NO DIU, diafragma, pesario

Sí NO Perforación en el cuerpo (quitar)

Sí NO Aparato de audición (quitar)

Sí NO Dentaduras, placas parciales (quitar)

Sí NO Otros implantes

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Nombre y firma de la persona que completó el formulario Yo Esposa/o M/Padre Othro _____

Nombre del paciente: _____ fecha de nacimiento: _____ Su peso: _____ Altura: _____

MRI Safety Form	SÓLO USO DE OFICINA	ACC: _____
evaluated prior to the XR _____		Date: _____
MR Techologist Signature _____		