

Todo tipo de artículo metálico 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:**

- |   |   |
|---|---|
| <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Problemas anteriores con MRI</p> <p>● Por favor describalo _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Le han notificado de un implante que le han retirado del mercado</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Pinza de aneurismo cerebral</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Derivación (espinal o intraventricular)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Resorte de párpado o alambre</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Herida de metal (rayaduras, virutas) en ojos</p> <p>Recibí atención médica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Implante coclear u otro implante de oído</p> <p>● Tipo/fecha de implante _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Prótesis en la válvula cardíaca</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Marcapasos cardíaco</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Desfibrilador cardíaco implantado</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Monitor cardíaco o grabadora de bucle</p> <p>● Tipo/fecha de implante _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Swan-Ganz catéter</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Estimulador (Neuro, médula espinal, sacro, nervio vago, frénico, vejiga, crecimiento óseo, cerebral profundo)</p> <p>● Tipo/posición _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Electrodo internos o alambres</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Cualquier stent, filtro, o bobina</p> <p>● Tipo/posición _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Dispositivo implantado de infusión de medicamento</p> <p>Puerto de acceso vascular o catéter (Hickman, Port-a-Cath)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Insulina o otra bomba de infusión</p> | <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Monitor de glucosa (quitar)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Implante o dispositivo magnético o electrónico</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Alguna cosa sostenido en su lugar por un imán</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Alguna herida con objetos de metal/desconocido? (balín, bala, metralla, rayaduras, fragmentos)</p> <p>● Tipo/posición _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Tissue expander (e.g. breast)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Reemplazo de articulaciones (cadera, rodilla, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Extremidad artificial o prótesis</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Prótesis (ojo, pene, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Fusión espinal o fijación</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO alfileres, tornillos, clavos, alambres, placas etc. en los huesos o articulaciones</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Grampas quirúrgicas, pinzas</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Implante de malla alambriada</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Pinzas de metal en el estómago para no sangrar</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Tatuaje o maquillaje permanente</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Peluca, tupé o extensiones de cabello</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Parche de medicamento</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Embarazada o amamantando</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Diálisis o tiene antecedentes de insuficiencia renal</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO DIU, diafragma, pesario</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Perforación en el cuerpo (quitar)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Aparato de audición (quitar)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Dentaduras, placas parciales (quitar)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Otros implantes</p> |
|---|---|

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y firma de la persona que completó el formulario  Yo  Esposa/o  M/Padre  Otro \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Su peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

MRI Safety Form evaluated prior to the XR (tech initials) _____	<b>SOLO USO DE OFICINA</b>	ACC: _____
MR Techologist Signature _____		Date: _____